



# Berøring af ældre på plejecenter

Et litteraturstudie suppleret med et dansk observationsstudie

Forfatter: Louise Gorell Mackenhauer

Studienummer 20152572

1

**Vejleder: Birgitte Schantz Laursen**

**Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi på Aalborg Universitet**

**4. semester, 8. modul**

**Gruppenummer: 17grsx113**

**Afleveret 8. maj 2017**

Antal anslag: 115.225

## Resume og abstract

**Formål:** At undersøge hvordan berøringen mellem plejepersonalet og beboerne foregår på et plejehjem i Danmark i 2017 sammenholdt med andre lignende studier af international karakter. Dette søges besvaret med fokus på kategorisering af berøringen, hvordan der berøres, hvordan beboerne oplever berøringen og plejepersonalets rolle?

**Design:** Et litteraturstudie kombineret med et observationsstudie.

**Metode:** Både litteraturen og de indsamlede data er analyseret ud fra en hermeneutisk tilgang med udgangspunkt i meningskondensering som metode med henblik på at skabe et overblik over, hvilke temaer de analyserede data indeholder. Data blev indsamlet gennem et observationsstudie, analyseret og beskrevet gennem deskriptiv statistik.

**Fund:** Der er stort set overensstemmelse mellem tidligere internationale studier og fundene fra det danske observationsstudie. Der er dog uoverensstemmelse i forhold til køn og berøring samt beboernes oplevelse af berøring, samt fokus på hud-mod-hud berøring.

**Konklusion:** Arbejdet med opgaven peger på, at den skarpe opdeling mellem ekspressiv og instrumentel berøring ikke passer ind i en dansk kontekst, idet al berøring fra PP til BB, modsat erfaringer fra internationale studier, synes at bidrage positivt til BB trivsel.

**Nøgleord:** Berøring, ældre, plejehjem, hudsult, observationsstudie

## Abstract

**Purpose:** To explore the nature of touch between caregivers and residents in a nursing home in Denmark in 2017, in conjunction with other similar studies of international character. Focus will be on categorization and nature of touch, how it affects the residents experience and which role the caregivers have when it comes to the nature of touch.

**Design:** Systematic literature review combined with data collected from a focused ethnography.

**Method:** Both the findings from the systematic literature review and the collected data were analyzed on the basis of a hermeneutical approach based on meaning condensation as a way of providing the themes of the analyzed data. Data was collected through participant observations and described through descriptive statistics.

**Findings:** There are similarities between the findings from the older international studies and the findings from the newly Danish produced data from focused ethnography. However, there is discrepancy in relation to gender and touch as well as in the residents' experience of touch. Furthermore, the focus on skin-to-skin touch is absent from the chosen international literature.

**Conclusion:** This study suggests that the categorization between expressive and instrumental touch does not fit into a Danish context, since all interactions with touch from caregivers to residents, opposed to the experience from international studies, seems to contribute positively to the residents' wellbeing.

**Keywords:** Touch, elderly, nursing home, touch-deprivation, focused ethnography.

## Oversigt over diverse figurer og tabeller

Figur/skema nummer	Navn	Side
Skema 1	Søgestrategi	18
Skema 2	Præsentation af artikler	22
Figur 1	Tegning af berøringszoner	26
Figur 2	Aldersfordeling beboere	32
Skema 3	Fordeling af instrumentelle og ekspressive berøringer	33
Figur 3	Procentvis fordeling af berøring	34
Figur 4	Formålet med interaktionen mellem SSA og BB	35
Figur 5	Berøring fordelt på lokation	36
Figur 6	Hud-mod-hud	37

## Bilagsoversigt

Bilag 1: Søgekriterier

Bilag 2: Eksempel på observationskema

Bilag 3: Ansøgning til Pandrup Plejecenter med underskrift

Bilag 4: Kopi af samtykke udleveret til SSA

Bilag 5: Eksempel på udfyldt observationskema

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>RESUME OG ABSTRACT</b> .....	<b>1</b>
<b>OVERSIGT OVER DIVERSE FIGURER OG TABELLER</b> .....	<b>2</b>
<b>BILAGSOVERSIGT</b> .....	<b>2</b>
<b>INDHOLDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INDLEDNING – INITIERENDE PROBLEM</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 Problemanalyse</b> .....	<b>7</b>
1.1.1 Det menneskelige behov for kontakt og berøring livet igennem .....	7
1.1.2 Hudsult .....	9
1.1.3 Oxytocin og dennes betydning.....	9
1.1.4 Ældre og seksualitet .....	11
1.1.5 Plejepersonalet og berøring .....	12
1.1.6 Sammenfatning af analysens fem delelementer .....	12
<b>1.2 Problemformulering</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3 Begrebsafklaring på berøring</b> .....	<b>13</b>
<b>1.4 Forforståelse</b> .....	<b>14</b>
<b>1.5 Læsevejledning</b> .....	<b>14</b>
<b>2. VIDENSKABSTEORETISK GRUNDLAG, OPGAVENS STRUKTUR OG METODE</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1 Videnskabsteoretisk grundlag</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 Struktur</b> .....	<b>16</b>
<b>2.3 Metodevalg</b> .....	<b>17</b>
2.3.1 Litteratursøgning.....	17
Søgestrategi og inklusions-/eksklusionskriterier.....	18
Kritik af litteratursøgningen .....	19
2.3.2 Fokuseret etnografi – Et observationsstudie .....	20
Observationsstudiets rammer.....	20
Observationsskemaets oprindelse .....	20

Etiske overvejelser.....	21
<b>3. GENNEMGANG OG ANALYSE AF VALGT LITTERATUR.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Litteraturgennemgang.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Analyse af artikler.....</b>	<b>24</b>
3.2.1 Kategorisering af berøring.....	24
3.2.2 Hvordan berører sygeplejersken.....	26
3.2.3 Patienternes oplevelse af sygeplejerskens berøring .....	27
3.2.4 Sygeplejerskens rolle.....	29
3.2.5 Opsummering og delkonklusion for litteraturstudiet .....	30
<b>4. FELTNOTER – FREMLÆGGELSE OG ANALYSE AF INDSAMLET DATA FRA OBSERVATIONSSTUDIET.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Kategorisering af berøring.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Hvordan berører SSA.....</b>	<b>36</b>
<b>4.3 Beboernes respons på social- og sundhedsassistentens berøring.....</b>	<b>37</b>
<b>4.4 Social- og sundhedsassistentens rolle .....</b>	<b>38</b>
<b>4.5 Opsummering og delkonklusion på observationsstudiet.....</b>	<b>38</b>
<b>5. DISKUSSION OG SAMMENHÆNG.....</b>	<b>40</b>
<b>5.1 Aaron Antonovsky – Sense of Coherence.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2 Kategorisering af berøring.....</b>	<b>40</b>
<b>5.3 Hvordan berører SSA.....</b>	<b>42</b>
<b>5.4 Beboerens oplevelse af berøring .....</b>	<b>43</b>
<b>5.5 Plejepersonalets rolle.....</b>	<b>45</b>
<b>6. KONKLUSION.....</b>	<b>46</b>
<b>6.1 Delkonklusion - Kategorisering af berøring .....</b>	<b>46</b>
<b>6.2 Delkonklusion – Hvordan berører SSA.....</b>	<b>46</b>
<b>6.3 Delkonklusion – Beboerens oplevelse af berøring.....</b>	<b>47</b>

<b>6.4</b>	<b>Delkonklusion – Plejepersonalets rolle .....</b>	<b>47</b>
<b>6.5</b>	<b>Afrundende konklusion .....</b>	<b>48</b>
<b>7.</b>	<b>METODEKRITIK .....</b>	<b>48</b>
<b>8.</b>	<b>REFERENCER.....</b>	<b>49</b>

## 1. Indledning – Initierende problem

Denne masteropgave er inspireret af alle de ældre, som jeg har mødt gennem min karriere som sygeplejerske – mennesker der har levet og mistet, og som har erfaret og glemt. Mennesker med meget forskelligrettede prædikater som ”det grå guld ” og ”ældrebyrden”. Mennesker med behov, lyster, fantasier og rettighed til at udleve dem.

Projektet tager afsæt i ældre – ældre og berøring. Gennem de seneste 10 år er der kommet mere og mere fokus på ældre og seksualitet og at mange ældre faktisk har – og ønsker at have – et aktivt samliv. Det handler om, at seksualitet er så meget mere end et samleje og reproduktion, men at det handler om intimitet, berøring, nærvær, kønsroller og sociale relationer (Møhl, 2010) (Mattiasson & Hemberg, 1998). Der er kommet større opmærksomhed omkring, hvordan seksualitet, og hermed intimitet og berøring, kan påvirke et menneskes sundhed og livskvalitet – hvordan seksualiteten kan være en sundhedsfremmende faktor (Graugaard, et al., 2015). Men hvor ligger ansvaret i, at videreformidle dette budskab samt skabe plads til seksualiteten når et menneske bliver sygt eller ældre? Ifølge en rapport udarbejdet af Graugaard m. fl. ligger ansvaret for at afdække dette emne blandt andet hos os – det sundhedsfaglige personale (Graugaard, et al., 2015). Spørgsmålet bliver bare, hvordan vi når i mål med at få emnet omkring seksualitet integreret i vores daglige arbejde med de mennesker vi møder i sundhedssektoren? Ovennævnte rapport giver flere vigtige pointer så som;

*”... at sundhedsprofessionelle anerkender seksualitetens betydning i alle aldre og er i stand til at identificere, udrede, behandle eller om nødvendigt viderehenvise almindeligt forekommende seksuelle problemstillinger af relevans for deres speciale...”, ”... at relevante seksuelle aspekter rutinemæssigt indgår i patientoplysningsmateriale...” og ”... at der etableres tværfaglige og tværsektorielle forskningssamarbejder for så vidt muligt at belyse samspillet mellem seksualitet og sundhed i sin fulde kompleksitet” (Graugaard, et al., 2015).*

Derudover pointeres, at alle sundhedsuddannelser bør få obligatoriske grundkurser i sexologi, så alt personale rustes bedre til at tale om emnet (Graugaard, et al., 2015). Noget jeg kun kan tilslutte mig, idet jeg ofte oplever, at det er personalets egne grænser, uvidenhed og usikkerhed, der begrænser mulighederne i forhold til at udforske dette område for patienterne. For eksempel oplever jeg i mit arbejde, at man i en sygeplejefagligudredning springer over ”spørgsmål otte”, der omhandler seksualitet. Her står ofte ”ej adspurgt” eller ”ikke relevant”. Men er det virkelig ikke relevant, at have fokus på seksualitet for en 82-årig kvinde som flytter på plejehjem, efter at hun pludseligt har mistet sin mand, der passede hende derhjemme? Kunne hun komme til at mangle fysisk kontakt til et andet menneske? Hun har måske været vandt til at hun og hendes mand holder i hånd, krammer og kysser dagligt – og hvad sker der, når han nu pludselig er væk? Eller hvad med den 78-årige mand der flytter på plejehjem, fordi hans kone gennem 58 år ikke kan passe ham derhjemme længere grundet hans begyndende demens? Er det ikke relevant at spørge ind til, og have fokus på deres samliv, intimitet og seksualitet? At spørge ind til, hvad de kunne miste ved hans indflytning på plejehjem, og eventuelt hvad de gerne vil bevare på trods?

I mit arbejde som sygeplejerske i primærsektor har jeg, hos mange af de ældre jeg kommer i kontakt med, oplevet en stor alenehed og en higen efter nærvær og berøring. Noget der oftest er

usagt, som ligger mellem linjerne i relationen. En alenehed som de, hvis de selv skal italesætte den, siger blandt andet stammer fra manglende kontakt og sammenhørighed med andre mennesker – noget jeg vil betegne som hudsult. Flere undersøgelser viser, at ensomhed blandt ældre er et stort problem i det danske samfund. Ikke kun for de ældre, der bor i eget hjem, men også dem, der bor på plejecentrene rundt omkring i Danmark (Henriksen, 2010) (Nielsen, 2009). Det at et menneske kan føle sig alene sammen med andre kan undre mig, specielt når der er tale om et plejehjem – et sted der eksisterer for at drage omsorg for de ældre. Jeg tænker, at man specielt her, med meget få midler, må kunne rette op på problemet. Rette op på den ensomhed og berøringsmangel som de ældre føler, og mine tanker går på, at et fokus på berøring kan være nøglen til dette problem. Jeg vil derfor i denne masteropgave se nærmere på berøring.

I næste afsnit vil jeg gennem en problemanalyse af udvalgte kilder, både nyfundne og kilder præsenteret i løbet af uddannelsen, fremkomme med denne masteropgaves omdrejningspunkt – problemformuleringen. Efterfølgende i afsnit 1.3 begrebsafklares berøring og min for forståelse udlægges i afsnit 1.4. I afsnit 1.5 fremlægges opgavens læsevejledning.

## 1.1 Problemanalyse

I problemanalysen analyseres udvalgt litteratur og forskningsundersøgelser med henblik på at redegøre for opgavens problemstilling. Indledningsvis behandles det menneskelige behov for kontakt og berøring, efterfulgt af et afsnit, hvor begrebet hudsult defineres i relation til nærværende opgave. Herefter gennemgås virkningen af stoffet oxytocin – også kaldet kærligheds- og krammehormonet, som spiller en rolle i forhold til berøring og manglen på samme, samt hvad denne virkning betyder i forhold til hudsult-begrebet. Så følger et afsnit omkring ældre og seksualitet som tabu og afslutningsvis beskrives plejepersonalets rolle i forhold til berøring. Problemanalysen afrundes med en sammenfatning af de fem ovennævnte delelementer, inden problemformuleringen udlægges i afsnit 1.2.

### 1.1.1 Det menneskelige behov for kontakt og berøring livet igennem

Gennem mit arbejde som sygeplejerske på Rigshospitalets intensive neonatalafdeling fik jeg erfaringer omkring, at de nyfødtes behov for hud-mod-hud kontakt er af særlig høj vigtighed. Selv de meget for tidligt fødte babyer bliver lagt ud på mors eller fars bare bryst så hurtigt som muligt efter fødslen for at få denne vigtige kropskontakt. Behovet for hud-mod-hud kontakt er indarbejdet i diverse procedurer og vejledninger og er kendt som blandt andet NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) (Rigshospitalet, 2015).

Større børns grundlæggende behov for den tætte kontakt til forældrene har været kendt i mange årtier og understøttes blandt andet af de forsøg, som Harry Harlow lavede i 1940'erne/50'erne med abebørn (Bush, 2001). Resultaterne af disse forsøg har desuden haft stor indflydelse på forskning i menneskebørns grundlæggende behov for kontakt og samvær og for den viden, der har ligget til grund i for tilknytningsteorien – beskrevet af blandt andet John Bowlby. Bowlby's beskrivelse af tilknytningsteorien har blandt andet resulteret i ændringer af omstændighederne



for børns indlæggelse på hospital i løbet af 1950'erne/60'erne. Tidligere var det forbudt for forældre at besøge deres indlagte børn, da børnene ofte blev urolige, grædende og ulykkelige når forældrene gik. Bowlby fandt ud af, at børnene i virkeligheden reagerede helt sundt og naturligt på adskillelsen fra forældrene. Gennem deres uro og gråd signalerede de, at de havde brug for kontakten til deres forældre (Møhl, 2003).

Spørgsmålet er, om denne kontakt og tryghed som skabes af at være tæt på artsfæller kun gælder aber og menneskebørn? Eller er behovet for kontakt og berøring basalt for os som mennesker uanset alder. Og hvad sker der egentligt med mennesket, hvis det bliver frataget denne basale menneskelige kontakt? Ifølge Moore og Gilbert er der ingen indikation for, at behovet for social kontakt, støtte og kærlighed falder med alderen (Caris-Verhallen, et al., 1999). Imidlertid er ældre, grundet risiko for tab af ægtefælle samt øget risiko for somatisk sygdom, i større risiko for at være alene og opleve ensomhed. Dette er netop, hvad en rapport lavet af Marselisborg fra 2012 konkluderede. Hver fjerde ældre i alderen 65+ oplever ofte eller af og til, at være uønsket alene og/eller at føle sig alene sammen med andre. Heraf fremgår det, at 12,9 pct. af de ældre oplevede at være alene, selvom de var sammen med andre for eksempel plejepersonalet fra hjemmeplejen (Wahl-Brink, et al., 2012). Også flere engelske studier viser, at følelsesmæssig ensomhed ikke er det samme som social isolation, og ikke nødvendigvis hænger sammen (Routasalo, et al., 2006).

Ensomhed blandt ældre er, i de senere år, kommet på dagsordenen. De personlige og menneskelige omkostninger ved ensomhed er store. En forskningsrapport viser, at ensomhed øger risikoen for en for tidlig død, og samtidigt også er prædiktor for en lang række sygdomme, som både menneskeligt og samfundsmæssigt har store omkostninger. På samfundsniveau mærkes konsekvenser af ensomhed idet det koster ca. 2,2 mia. kr. i ekstra pleje og omsorg, og giver ca. 26.000 somatiske og 3.800 psykiatriske indlæggelser på landsplan (Wahl-Brink, et al., 2012).

Blandt andet på baggrund af ovenstående rapport udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2016 en rapport, som fokuserede på ensomhed blandt ældre, og hvordan hjemmeplejen kunne reducere ensomhed blandt ældre der modtager hjælp fra kommunen. Rapportens fokus var, at ensomhed kan opspores og mindskes, men spørgsmålet rapporten skulle opklare var, hvad der skal til, for at det sker. Resultatet blev, at svaret er mere kompleks end som så, og peger på, at flere indsatser er i spil; nogle griber ind i selve driften af hjemmeplejen, nogle fokuserer på frivillige kræfter og andre handler som socialt samspil og relationer. Rapporten kom dog frem til at:

”... det er nødvendigt med én samlet, prioriteret indsats, der både dækker styrkelsen af det faglige fokus og arbejdet med at kvalificere samspillet med civilsamfundet. Det er således nødvendigt at bringe flere ... indsatser i spil, og samtidigt sikre at de er mulige at forankre i hjemmeplejens daglige drift, da netop forankringen har været et af de væsentligste opmærksomhedspunkter blandt de erfaringer, der er blevet indhentet i forhold til at styrke indsatsen mod ensomhed.”  
(Sundhedsstyrelsen, 2016).

Dette kunne lede frem til følgende spørgsmål: Hvad er årsagen til at så mange oplever ensomhed? Handler det om, at de ældre er blevet alene efter tab af ægtefælle? Og i så fald, hvorfor føler de

sig alene? Opstår ensomheden fordi de ikke "er fortrolige med" eller kan forene sig med at bo alene? Eller handler det også om, at de mangler fysisk kontakt til andre mennesker? En fysisk kontakt som de fik da de "kom mere ud" og måske havde en ægtefælle? Eller lider de af mangel på berøring – hudsult? I næste afsnit prøves begrebet hudsult defineret.

### 1.1.2 Hudsult

Hudsult dækker over et ikke videnskabeligt defineret begreb, og betyder sult efter fysisk berøring og kropslig nærhed med andre mennesker. Det er ikke muligt at finde en egentlig definition af ordet eller at finde ud af, hvor det stammer fra. Der er heller ikke en engelsk definition på begrebet<sup>2</sup>. Hudsult er desuagtet et fænomen der gennem de sidste årtier har vundet indmarch i det danske vokabular; herunder i artikler skrevet af forskellige sygeplejersker, sexologer og psykologer omkring, hvordan børn, psykisk udsatte, ældre og demente lider af hudsult. Flere af disse artikler peger endda på, at det moderne menneske lider af hudsult grundet det senmoderne samfunds fokus på selvrealisering, teknologi og individualisme (Laub & Christensen, 2016). Travlheden i hverdagen gør, at vi lever mere oppe i hovedet end i kroppen. Vi glemmer at give hinanden knus og kram, fordi vi har travlt med at "like" vores venners facebookopdateringer, tjekke forældre intra, ordne arbejdsmails og svare på SMS'er (Laub & Christensen, 2016).

I januar i år viste TV2-nyhederne et indslag omkring et plejehjem i Grenå, der har sat sig for, at arbejde målrettet med at bekæmpe hudsult. Deres oplevelse var, at de ældre faktisk manglede berøring, og gennem en målrettet indsats oplevede de, at de ældre blev gladere, sov bedre, spiste mere og blev bedre til at deltage i sociale sammenhænge (TV2-nyhederne, 2017). Den videnskabelige litteratur og forskning bakker op om, at et fokus på berøring kan ændre ældres evner til at relatere til andre mennesker, deres hukommelse og følelse af livskvalitet (Huffmeijer, et al., 2012) (Campbell, et al., 2014).

Den engelske litteratur nævner også at ældre har stort behov for berøring, og at den tætte kontakt med et andet menneske i nogle tilfælde er vigtigere end den verbale kommunikation. Specielt ét studie påviser, at ældre har større risiko for at blive 'touch-deprived', og at ældre med kognitive problemer er mest udsatte (Langeland & Panicucci, 1982). Dette begreb er det nærmeste vi kommer hudsult-begrebet på engelsk. Konsekvenserne ved hudsult kan ifølge litteraturen være depression, tilbagetrækning fra sociale sammenhænge, nedsat selvværd og manglende sanseindtryk (Bush, 2001). Når man har fokus på hudens rolle i forhold til berøring, kommer man ikke uden om hormonet oxytocin, og dennes betydning for hudsult-begrebet. Dette leder mig videre til næste underafsnit.

### 1.1.3 Oxytocin og dennes betydning

Oxytocin – også kaldet kærligheds- eller krammehormonet – dannes i hypotalamus og lagres i hypofysens baglap. Herfra bliver det udskilt til blodet, hvor det bliver transporteret rundt til resten af kroppen. Den primære virkning af oxytocin er, at det fremmer afstresning og skaber ro. Oxytocin er et af de hormoner som udskilles ved hud-mod-hud berøring. Der er ifølge Moberg en

klar dosis/respons-sammenhæng mellem omfanget af behagelig berøring og hjernens udskillelse af oxytocin: jo mere berøring jo større udskillelse af oxytocin. Oxytocin bliver hurtigt nedbrudt med en halveringstid på 3-5 minutter. Det er derfor nødvendigt med høje og/eller hyppige doser berøring for at strække virkningen ud over selve den periode, hvor berøringen sker. Der er ingen videnskabelige studier, der siger noget om, hvor meget man skal berøre eller hvor længe, for at få "en optimal" oxytocin udskillelse (Uvnäs Moberg, 2006).

Fysiologisk forskning har vist, at oxytocin har mange forskellige effekter; det nedsætter stress med indvirkning på puls, blodtryk, muskelspændinger, angst og stresshormoner, mens aktiviteten i det parasympatiske nervesystem, giver mere ro, bedre søvn og større social rummelighed. Det er også videnskabeligt bevist, at oxytocin spiller en vigtig rolle i forhold til det at knytte sig til andre mennesker (Huffmeijer, et al., 2012). Endda tyder videnskabelige undersøgelser på, at oxytocin forbedrer ældre mænds evne til at genkende ansigtsudtrykte følelser (Campbell, et al., 2014).

Huffmeijer tager en vigtig betragtning op nemlig at der ikke er lavet ret mange videnskabelige undersøgelser omkring ældre og oxytocin. Hvilken betydning har oxytocin for ældre set i forhold til deres livssituation – for eksempel ved tab af ægtefælle? Hvilken betydning har de ændringer der sker med hjernen og hele nervesystemet med alderen på oxytocin udskillelsen? Der er ifølge Huffmeijer ikke noget entydigt svar. Men man kan se, at der er aldersbetingede forandringer i både hormonniveauet og nervesystemet der begge interagerer med "oxytocin-systemet" specielt i forhold til steroid- og dopaminniveauet, som i begge tilfælde falder med alderen (Huffmeijer, et al., 2012).

Ud over oxytocin udskilles der også dopamin og serotonin ved berøring. Disse stoffer giver en afslappet følelse af velvære, og kan være med til, at reducerer især stresshormonerne kortisol og adrenalin og derved forebygge angst og depression (Dunbar, 2008). Serotoninsystemet har indflydelse på angst, irritabilitet og på stemningslejet, og derudover har det betydning for, hvor impulsive vi er. Dopamin regulerer eufori/lystfølelse og udskilles også som en del af hjernens såkaldte belønningssystem – for eksempel når man spiser chokolade (Tobberup, 2016).

Det er ikke alle former for berøring, der fører til øget oxytocin niveau. Berøring kan også have den modsatte effekt, hvis den opleves som kold, fjendtlig eller smertefuld. Hvis berøring skal øge oxytocin-niveauet, så skal det foregå "rigtigt", med fokus på anerkendelse, forskellighed, respekt og åbenhed. Den "rigtige måde" er en individuel oplevelse og afhænger af, hvordan berøringen opleves af den enkelte og af relationen mellem den der berører og den der bliver rørt. Det kan dog ifølge U. Moberg være væsentligt at have fokus på berøringens udtryk; På varme hænder, varigheden af berøringen, hud-mod-hud-kontakt, at berøringen kan foregå som let massage, tryk, klem eller strygninger, og at der skal være støttende og venlig samtale imens (Uvnäs Moberg, 2006). Man kunne måske spørge hvorfor man overhovedet bør tale om seksualitet når fokus i denne masteropgave er berøring? Dette svar prøves besvaret i følgende underafsnit.

#### 1.1.4 Ældre og seksualitet

Seksualitet og ældre bør for sundhedsprofessionelle være i fokus af to grunde. For det første fordi seksualitet er meget mere end samleje og reproduktion og der bør i sundhedssystemet være mere fokus på hvad seksualitet også er. WHO beskriver seksualitet som en integreret del af ethvert menneskes personlighed og WHO's definition på seksuel sundhed er:

*"... seksuel sundhed en tilstand af fysisk, mental og social trivsel relateret til seksualitet. Det kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have sikre seksuelle oplevelser, fri for tvang, diskrimination og vold. I forhold til seksuel sundhed er der således fokus på seksuel trivsel i alle livets faser..." (Sundhedsstyrelsen, 2012) (WHO, 2006)*

Med udgangspunkt i denne definition forstås seksualitet som noget, der ikke kun knytter sig til kroppen- den fysiske dimension, men indebærer et dynamisk samspil mellem biologiske, psykosociale og kulturelle faktorer. Dermed bliver tilgangen til seksualitet bio-psyko-social og den tager ikke udgangspunkt i forstyrrende faktorer som alder, sygdom og køn. Seksualiteten er ifølge litteraturen ikke kun knyttet til kønsorganerne og reproduktion, men omfatter en integration af både krop, følelser, fantasier, normer, love, kønsroller osv. Det betyder, at seksualitet kan komme til udtryk på mange måder, og at det blandt andet handler om berøring, intimitet og sanselighed (Joost, 2016) (Graugaard, et al., 2006). Undersøgelser tyder på, at seksualitetens udtryk ændrer sig med alderen. Når et menneske bliver ældre ændres fokus fra samleje til intimitet, samhørighed og berøring gennem kram, varme og holde i hånd (Bretschneider & McCoy, 1988).

Det ser ud som om, at problemet omkring seksualiteten opstår, idet mange ældre blive alene når de oplever at miste en ægtefælle eller venner. Denne fysiske alenehed øger risikoen for ensomhed – grundet manglende fysisk såvel som psykisk kontakt til andre mennesker (Mattiasson & Hemberg, 1998). Der er ingen at være tætte på. Dette bliver yderligere problematiseret af, at ældre og seksualitet er et samfundstabu som på trods af, at samfundet er mere seksualiseret end nogensinde. Ældre bliver alligevel set på som aseksuelle og deres behov bliver ofte overset (Møhl, 2010) (Mahieu & Gastmans, 2014). Endda peger flere studier på, at ældre har en seksualitet der bør tages alvorligt og tages i betragtning i mødet med det hele menneske, specielt når man taler som sundhed og livskvalitet. Dette beskrives i en rapport udarbejdet af Graugaard m.fl. Her beskrives blandt andet hvordan sundhed og livskvalitet kan fremme en sund seksualitet, og også hvordan sygdom og usund livsstil kan skabe seksuelle problemer så som seksuelle dysfunktioner, lystproblematikker og intimitetsproblemer (Graugaard, et al., 2015). I rapporten antydes at et "aktivt samliv" kan reducere dødeligheden og at:

*"Et velfungerende sexliv er som nævnt af stor betydning for almenbefolkningens selvrapporterede trivsel..." og "Sammenhængen mellem seksuel trivsel og almen livskvalitet er endnu relativt uudforsket, og evidensen af samme grund beskeden. Imidlertid anser ca. 90 % af voksne danskere som nævnt sexlivet for at have stor betydning for deres liv..." (Graugaard, et al., 2015).*

Ovenstående faktum sammenholdt med, at ældre er i større risiko for at opleve ensomhed og være alene, som beskrevet i indledningen, skaber et muligt problem. Hvis den ældres behov for tæt kontakt og berøring ikke ændre sig med alderen, og den ældre pludselig bliver alene og derfor ikke får opfyldt dette umiddelbare grundlæggende behov hvad så? Hvem tilhører problemet og hvem kan hjælpe? Hvis den ældre modtager hjemmepleje eller bor på et plejehjem kunne plejepersonalet umiddelbart spille en vigtig rolle? Dette udlægges efterfølgende.

### 1.1.5 Plejepersonalet og berøring

Flere videnskabelige studier peger på, at noget af det der kan påvirke mængden af berøring i en patient/plejepersonale relation blandt andet er rettet mod køn – både patientens køn og plejepersonalets køn. Det tyder på at kvindelige patienter bliver rørt mere og at kvindeligt plejepersonale rører mere (Morris, et al., 2014). Dertil beskriver flere artikler at noget andet der også påvirker berøringsmængden, og oplevelsen af berøringen, er den relation der er mellem den enkelte plejepersonale og patienten; hvor længe de har kendt hinanden, tilliden, deres oplevelse af situationen og deres egne grænser og følelser (Routasalo & Isola, 1998) (Lane, 1989). Det vil sige at det enkelte plejepersonales værdier, moral og grænser kan komme til at sætte standarden for den mængde af berøring hun udfører i den enkelte relation, og dermed er det ikke patientens behov for berøring der er i fokus (Lane, 1989). En anden faktor der spiller ind på mængden og typen af berøring i forhold til plejepersonalet er de hygiejniske principper. Idet berøring er en basal del af at yde sygepleje og berøring ofte foregår i forbindelse med sygeplejehandlinger, så kunne det tyde på, at den primære berøring sker med handsker. Når berøringen ikke foregår hud-mod-hud, kan det betyde at berøringens fulde potentiale ikke udnyttes, som beskrevet i underafsnittet omkring oxytocin (Routasalo, 1996). Spørgsmålet kunne være, om plejepersonalet er opmærksomme på, hvornår de skal og ikke skal have handsker på, og om de tager dem af "når de kan"? Og et andet spørgsmål kunne være, hvad en eventuel løsning kunne være, og om man kunne ændre noget? Graugaard m.fl. beskriver, at den viden der er omkring ældre og seksualitet/behov for berøring, kan være mangelfuld grundet manglende uddannelse og oplysning af personalet (Graugaard, et al., 2015). Men er der et reelt problem omkring berøring i relationen, bliver der rørt for lidt – eller for meget? Og hvordan bliver berøringen modtaget af beboerne og afgivet af personalet?

### 1.1.6 Sammenfatning af analysens fem delelementer

Ud fra ovenstående kan ses hvor kompleks en størrelse berøring er, hvordan den på den ene side forbindes med seksualitet og på den anden side med noget andet. Berøringens kompleksitet er stor og den ser ud til at blive påvirket af både plejepersonalet person, ideer og grænser samt udefrakommende standarder så som hygiejniske principper (Mattiasson & Hemberg, 1998) (Routasalo & Isola, 1998) (Picco, et al., 2010). Derudover bør der muligvis være fokus omkring berørings betydning i forhold til sundhed/sygdom, oplevede livskvalitet gennem den hormonelle påvirkning samt vigtigheden i, at plejepersonalet tager emnet op med patienterne uanset egne grænser, normer og potentielt manglende viden. Fokus på berøringen tyder på at være vigtig, et

basalt menneskeligt behov, også når mennesket bliver ældre. Problemet ser ud til at opstå, når den berøring de ældre får oftest rettes mod en specifik handling (pleje eller sygeplejefaglig) og ofte sker med handsker, hvormed man ikke på samme måde aktivere den hormonelle gevinst (Simpson, 2016). Gennem problemanalysen er emnerne omkring ældre og seksualitet, virkningen af oxytocin, hudsult og berøring samt plejepersonalets rolle i forhold til berøring blevet belyst. Ovenstående leder frem til opgavens problemformulering:

## 1.2 Problemformulering

***Hvordan foregår berøringen mellem plejepersonalet og beboerne på et plejecenter i Danmark i 2017 sammenholdt med andre lignende studier af international karakter? Dette søges besvaret med fokus på kategorisering af berøringen, hvordan der berøres, hvordan beboerne oplever berøringen og plejepersonalets rolle?***

## 1.3 Begrebsafklaring på berøring

I dette afsnit udlægges begrebet berøring og valg af definitionsbeskrivelse opridses. Ifølge "Den Danske Ordbog" på internettet betyder berøring: "*Det at røre ved noget; fysisk kontakt*" eller "*Kontakt; forbindelse med noget/nogen – direkte berøring*". Kontakt betyder ifølge samme ordbog blandt andet: "*Forhold mellem to eller flere parter som indebærer indbyrdes kommunikation, handel eller besøg; samkvem*" her under "*Følelsesmæssig eller social forbindelse mellem mennesker...*" eller "*Det at der er en forbindelse og dermed grundlag for kommunikation, indsigt, erkendelse el. lign...*" (Den Danske Ordbog, 2015).

I ovenstående definition sammenkobles berøring med kontakt, med noget følelsesmæssigt og socialt samt med kommunikation og indsigt i/forståelse for en anden part. Med en søgning på ordet "berøring" på Google kommer der overskrifter frem som: "Den livsvigtige berøring", "Fredelig berøring mindsker stress" og "Berøring – for livets skyld". Ovennævnte søgninger sammenholdt med videnskabelige studier underbygger, at berøring er essentiel, og kan være med til at skabe en større følelse af samhørighed mellem mennesker samt øge velvære og tilfredshed med livet (Butts, 2001).

Der findes mange internationale definitioner på berøring; Watson samt McCann og McKenna benytter begreberne instrumentel berøring<sup>3</sup> og ekspressiv berøring<sup>4</sup> (Watson, 1975) (McCann & McKenna, 1993). Barnett bruger begreberne proceduremæssig<sup>5</sup> og "ikke nødvendig"<sup>6</sup> berøring (Barnett, 1972). Lane bruger instrumentel og affektiv/følelsesmæssig<sup>7</sup> berøring (Lane, 1989). Adomat & Killingworth inddeler berøring i arbejde/opgave<sup>8</sup> og omsorgsfuld/social<sup>9</sup> (Adomat & Killingworth, 1994). Ved en nærmere gennemgang kan alle disse definitioner og begreber klassificeres i 2 grupper. Instrumentel/proceduremæssig/arbejde/ opgave berøring er karakteriseret ved bevidst fysisk kontakt i forbindelse med en specifik opgave for eksempel at skifte en forbindelse, give et bad eller guidning ved dementes uro. Ekspressiv/ikke-nødvendig/affektiv/følelsesmæssig berøring er af en mere spontan karakter og ikke knyttet til en specifik opgave selve berøringen og relationen mellem afgiver og modtager er altså centrum for

handlingen (Watson, 1975) (Routasalo, 1996). I denne opgave vil jeg benytte begreberne instrumentel berøring og ekspressiv berøring, som begge dækker over ovenstående termer.

#### 1.4 Forforståelse

Til denne opgave har jeg valgt et problemfelt, som jeg har en del forudgående viden inden for og interesse i, nemlig ældre mennesker på plejehjem. Den erfaring, som jeg har opbygget gennem mere end 12 års erfaring som sygeplejerske, betyder selvsagt, at jeg har en ret nuanceret forforståelse i forhold til de behov og vilkår, der knytter sig til problemfeltet. I den sammenhæng vil jeg være ekstra opmærksom på at indsamle og møde de data, som jeg bygger opgaven op omkring, på en så objektiv måde som muligt og dermed holde min opmærksomhed åben for nye erkendelser. Samtidig med vil jeg dog anvende min faglige indsigt til at understøtte mit arbejde med sammenhængen mellem data og opgavens faglige kontekst – som Gardamer redegør for kan denne forforståelse og viden netop være med til give en større opmærksomhed på, hvad der er væsentligt (Rønn, 2006).

#### 1.5 Læsevejledning

Formålet med læsevejledningen er, at give læseren et overblik over den samlede masteropgave og at spore tankerne ind på, hvad man som læser kan forvente sig af de enkelte kapitler. Herudover gives nogle yderligere praktiske anvisninger i forhold til opgavens opbygning. Opgavens kapitler er som følger:

- **Kapitel 1: Indledning**  
Indledningen fungerer såvel som en overordnet indflyvning til opgavens fokus og ikke mindst problemformuleringen. Herudover danner problemanalysen en forståelsesmæssig ramme i forhold til, hvordan seksualitet, berøring, og livskvalitet er kædet sammen.
- **Kapitel 2: Videnskabsteoretisk grundlag, opgavens struktur og metode**  
Det videnskabsteoretiske ståsted beskrives sammen med strukturen for arbejdet med opgaven og de valgte metoder. Samlet set danner dette kapitel et overblik over det videnskabelige udgangspunkt for arbejdet med opgaven og herunder ikke mindst et grundlag for mødet med og fortolkningen af data.
- **Kapitel 3 – Gennemgang og analyse af valgt litteratur**  
I dette kapitel gennemgås og tematiseres seks udvalgte artikler, hvorefter den valgte litteratur analyseres samlet inden for de fremkomne temaer. Kapitlet afsluttes med en samlet delkonklusion.
- **Kapitel 4 – Feltnoter – Fremlæggelse og analyse af indsamlet data fra observationsstudiet**  
I dette kapitel fremlægges feltnoter fra studiets tre observationsdage og resultaterne analyseres/udledes med udgangspunkt i de samme temaer, som fremkom ved gennemgang af den udvalgte litteratur i kapitel 3. Kapitlet afsluttes med en samlet delkonklusion.
- **Kapitel 5 – Diskussion og sammenhæng**  
Med udgangspunkt i de fem fokuspunkter fra problemformuleringen,
  - kategorisering af berøring

- hvordan der berøres
- hvordan beboerne oplever berøringen
- plejepersonalets rolle

... trækkes væsentlige pointer fra litteraturanalsen og sammenholdes med resultaterne fra observationsstudiet. Formålet med kapitlet er at diskutere ligheder og forskelle mellem litteratur- og observationsstudiet for derigennem at kunne besvare problemformuleringen, og som anført ovenfor, anvendes sekundær teori, blandt andet Aaron Antonovskys teori omkring oplevelse af sammenhæng til at understøtte denne diskussion. Teorien forklares i samme afsnit.

- **Kapitel 6 – Konklusion**

I konklusionen besvares problemformuleringen ud fra analysens og diskussionens resultater.

- **Kapitel 7 – Metodekritik**

I dette kapitel udfordres opgaven på, hvorvidt den valgte metode har været effektiv til at levere de fornødne data til en besvarelse af problemformuleringen, og der redegøres for eventuelle udfordringer i forhold til en fuldstændig besvarelse.

I opgaven anvendes slutnoter for at henvise til eventuelle uddybende forklaringer. Derudover henvises til oversigten for de skemaer og grafer der er i opgaven, den findes under indholdsfortegnelsen sammen med bilagsoversigten. For overskuelighedens skyld refereres direkte til observationsdagene som dag 1-3, og der anvendes således ikke den fulde bilagshenvisning.

For nemheds skyld vil der i opgaven blive refereret til social- og sundhedsassistenten/ sygeplejersken som "hun" velvidende, at der også er mænd ansat inden for omsorgsfaget. Dertil vil patienten/beboeren i nogle tilfælde blive refereret til som han for nemheds skyld. Derudover vil der blive draget paralleller imellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter som de primære omsorgsgivere på plejehjem. Dette synes ikke at være problematisk, når fokus er berøring, og berøring ikke er afhængig af stillingsbetegnelse. Sidst men ikke mindst vil social- og sundhedsassistent være forkortet SSA, beboer BB og i sidste del af opgaven plejepersonale PP.

## 2. Videnskabsteoretisk grundlag, opgavens struktur og metode

I dette kapitel vil det videnskabsteoretiske grundlag indledningsvist blive præsenteret. Herefter beskrives opgavens struktur, som vil guide læseren gennem opgavens tilblivelse. Valg af metode, der består af to dele – henholdsvis metode til litteratur- og observationsstudie – beskrives og argumenteres for under afsnit 2.3. Litteratursøgningen inklusiv udvælgelseskriterierne gennemgås i underafsnit 2.3.1, og efterfølgende beskrives metodevalg for observationsstudiet i underafsnit 2.3.2; herunder forefindes også en beskrivelse af det observations-skema, der er anvendt. Kapitlet afsluttes med et afsnit omhandlende etiske overvejelser.



## 2.1 Videnskabsteoretisk grundlag

Denne opgave placerer sig i den humanvidenskabelige forskningstradition, med udgangspunkt i hermeneutikken. Kernen i den hermeneutiske tilgang er at søge mening gennem at tolke og fortolke. Dette sker gennem en analyse af funden litteratur på baggrund af det grundlæggende hermeneutiske fortolkningsprincip, den hermeneutiske cirkel. Dette fortolkningsprincip bygger på forståelsen af enkelthederne ud fra den helhed de indgår i (Thisted, 2009) (Rønn, 2006). At fortolke litteratur handler om at forholde sig til det, der er skrevet, sætte sin forforståelse i spil og opnå det, som Gadamer kalder en horisontsammensmeltning, hvorigennem den nye forforståelse dannes. Dette beskrives også som de tre faser: Forforståelse, forståelse og efterforståelse (Thisted, 2009).

I sammenhæng med nærværende opgave, har dette ståsted fået indvirkning på følgende vis. Den udvalgte litteratur og problemformuleringen til opgaven er i høj grad et resultat af en hermeneutisk tilgang. Min forforståelse via min sygeplejefaglige erfaring og via masterstudiet er således blevet udfordret af ny viden/nye perspektiver gennem min indledende litteraturlæsning til opgaven, hvorefter en efterforståelse er blevet skabt. Denne efterforståelse er blevet til en ny forforståelse, der har dannet grundlag for udarbejdelse af såvel problemformuleringen, observationsskema med videre, hvorefter mine observationer, analysen af disse, og sammenkædningen med litteraturen har dannet grundlag for nye hermeneutiske cirkler på vej mod svaret på problemformuleringen.

## 2.2 Struktur

Som antydnet ovenfor er opgaven bygget op omkring henholdsvis et litteraturstudie og et observationsstudie. Den samlede arbejdsproces har fordelt sig over 6 måneder. De indledende 4 måneder blev anvendt til at søge og læse litteratur omkring berøring, ældre og livskvalitet. I denne fase tog problemstillingen og i sidste ende problemformuleringen form. Søgningen af litteratur har været delvist systematisk og denne beskrives i underafsnit 2.3.1. Efter litteratursøgningen var afsluttet, analyserede jeg de udvalgte artikler med udgangspunkt i problemformuleringen og dens fire fokuspunkter:

- Kategorisering af berøring: Dette fokuspunkt beskæftiger sig med typen af berøring, hvor på kroppen der berøres, hvor berøringen geografiske finder sted, og hvornår i interaktionen mellem plejepersonale og beboer berøringen sker
- Hvordan berører plejepersonalet beboerne: Fokuspunktet handler om, hvordan den fysiske berøring ser ud, om der er hud-mod-hud kontakt samt hvilken verbal- og nonverbal kommunikation der knytter sig til berøringen
- Beboerens oplevelse af plejepersonalets berøring: Dette fokuspunkt stiller skarpt på, hvordan beboernes køn, grænser og relation til plejepersonalet med videre påvirker oplevelsen af berøringen
- Plejepersonalets rolle: Fokuspunktet retter opmærksomheden mod, hvordan plejepersonalets erfaringer, grænser, kultur og holdninger med videre kan påvirke anvendelsen af berøring i plejen

Observationsstudiet blev designet ud fra problemformuleringen og tilpasset den forforståelse, som jeg havde i forhold til, hvilke data jeg havde brug for, og hvordan jeg bedst muligt kunne sikre en så objektiv og effektiv dataindsamling som muligt i den givne situation. Efter udarbejdelsen af observationsskemaet, beskrevet i underafsnit 2.3.2, kontaktede jeg forskellige plejecentre med henblik på at finde en passende lokation til at udføre observationsstudiet. Pandrup Plejecenter ville meget gerne deltage, kontakten blev etableret, ansøgning sendt og et møde blev aftalt.

I forbindelse med selve dataindsamlingen, viste det sig, at mit observationsskema var ufuldstændigt. Jeg blev allerede i løbet af den første observationsdag præsenteret for data af særlig interesse, som mit skema ikke kunne håndtere. Disse data forekom så væsentlige for sammenhængen i opgaven, at jeg valgte at tilføje en plads til dem på observationsskemaet. Da dataindsamlingen var tilendebragt, blev alle feltnoter behandlet og tematiseret, og herefter gik den egentlige skriveproces i gang.

Skriveprocessen har været en iterativ proces, hvor særligt den hermeneutiske tilgang har bidraget med en del sløjfer i forhold til såvel en endelig justering af problemformuleringen, som en række justeringer i opgavens opbygning og sammenhæng.

## 2.3 Metodevalg

Som det fremgår af ovenstående, har jeg valgt at svare på problemformuleringen ved at kombinere et litteraturstudie med et observationsstudie. Gennem litteraturstudiet afdækkes, hvilke væsentlige pointer den udvalgte internationale litteratur præsenterer i forhold til, hvordan berøring mellem plejepersonale og beboere foregår. Såvel i forbindelse med litteratur- og observationsstudiet er meningskondensering blevet anvendt som metode med henblik på at skabe et overblik over, hvilke essentielle temaer de analyserede artikler og observationer indeholder. Både litteraturen og de indsamlede data blev i den sammenhæng undersøgt og meningsindholdet fortolket, hvilket rækker ud over en strukturering af det konkrete datamateriale (Brinkmann, 2015) (Kvale, 1997). Data fra observationsstudiet blev endvidere beskrevet og analyseret gennem deskriptiv statistik.

### 2.3.1 Litteratursøgning

For at afdække den eksisterende evidensbaserede viden om berøring og dennes betydning i ældreplejen foretog jeg en systematisk litteratursøgning. Problemformuleringen ønskede jeg at besvare i et bio-psyko-socialt sundhedsperspektiv med fokus på det sygeplejefaglige problemfelt. Derfor udvalgte jeg 3 primære databaser: PubMed, Cinahl og PsykInfo, databaser der alle indeholder sygeplejefaglig forskningslitteratur. Konklusionen blev hurtigt, at der ikke var meget litteratur at finde med udgangspunkt i alle relevante søgeord kombineret (se bilag 1). Derfor foretog jeg kædesøgninger ud fra referencer, nøgleord samt de pågældende artiklers henvisninger til relateret litteratur. Litteratursøgningen foregik i perioden 1. december 2016 - 20. april 2017.

Litteratursøgningen blev i opstartsfasen foretaget systematisk, ud fra en på forhånd opstillet søgestrategi, som jeg anvendte ved søgning i de forskellige databaser. Den valgte søgestrategi var

inddelt i tre faser: I første fase blev litteraturen identificeret ud fra en eksplicit søgestrategi og anden fase indeholdt en udvælgelse af litteraturen ud fra definerede inklusions- og eksklusionskriterier. Begge beskrevet i dette kapitels underafsnit. Tredje og sidste fase beskrevet i er en evaluering af litteraturen som skete på baggrund af pålidelige metodiske standarder (Sekretariatet for Referenceprogrammer, 2004).

#### Søgestrategi og inklusions-/eksklusionskriterier

Nedenstående søgestrategi (skema 1) blev benyttet til søgning og udvælgelse af artikler, der har relevans for besvarelse af problemformuleringen i denne opgave. Ud fra opgavens problemformulering udformede jeg rammen for litteratursøgningen, men udgangspunkt i: Hvad findes der af beskrivelser af berøringen i relationen mellem patient/beboer og sygeplejerske/plejepersonale?

<b>Søgeord:</b> [Touch] [Therapeutic touch] [Touch perception] [Nursing] [Aged] [Aged 80 and over] [Geriatric Nursing] [Elderly] [Long-Term Care] [Housing for the elderly] [Sexuality] [Quality of life]		
<b>Udvælgelseskræterier:</b>		<b>Databaser søgt med fokus på årstal efter 1992</b>
<b>Inklusion</b>	<b>Eksklusion</b>	
<u>Litteraturtyper:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observationsstudier</li> <li>• Metaanalyser</li> <li>• Systematisk litteraturgennemgang</li> </ul> <u>Klinisk:</u> <p>Beskrivelser af berøring af ikke demente eller terminale patienter/beboere</p> <p>Artikler omhandlende nonverbal kommunikation i relationen mellem sygeplejerske/patient</p> <p>Artikler med begrebsafklaring af berøring og dennes udtryk.</p>	<p>Artikler med primært fokus på døende, demente, psykisk sygdom eller akut syge patienter og berøring.</p> <p>Artikler skrevet på andre sprog end norsk, dansk og engelsk.</p> <p>Artikler med udelukkende fokus på seksualitet som samleje</p> <p>Artikler med fokus på mennesker under 65 år</p> <p>Ikke empiriske studier ift. validitet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PubMed</li> <li>• Cinahl</li> <li>• PsykInfo</li> </ul>

Skema 1

Med baggrund i opgaven til litteratursøgningen blev de valgte søgeord anvendt på kryds og tværs i de tre databaser. Databaserne fremkom i høj grad med identiske forslag til litteratur og forskningsundersøgelser. For at få overblik over emnet foretog jeg en orienterende søgning på alle søgeord i forskellig kombination. Ved anvendelse af mere end to til tre søgeord i kombination faldt antallet af fremkomne hits betragteligt. En kontrol på tilfældigt udvalgte hits fra disse fravalg viser, at der heri ikke findes mange relevante artikler.

Efter mange gennemlysninger med forskellige kombinationer af udvalgte søgeord fremkom i alt 38 internationale artikler som kunne have relevans for opgaven. Disse artikler blev udvalgt ved målrettet søgning med udgangspunkt i relativt få hits, eller ved kædesøgninger. Der var en del sammenfald mellem artiklerne på de forskellige databaser, og der fandtes ingen danske artikler. Jeg gennemlæste overskrift og udvalgte abstracts på disse forholdsvis få hits og reducerede til 22 artikler. Efter gennemlæsning af abstracts med fokus på eksklusionskriterierne reducerede jeg antallet til 10 artikler. Efter første gennemlæsning af de 10 artikler med fortsat udgangspunkt i ovenstående eksklusionskriterier kunne jeg udelukke yderligere 4 artikler og havde således 6 artikler med en relevans for opgaven. Fravalgene skyldtes, ud over eksklusionskriterierne, at fokus var på sygeplejerskens oplevelse af berøring, undervisning og uddannelse omkring seksualitet og berøring, eller at artiklerne omhandlede ældre i hjemmeplejen og dermed ikke beboer på plejehjem. Derudover fravalgte jeg artikler ældre end 25 år idet fundene skulle være nogenlunde sammenlignelige. De valgte artikler gennemgås i afsnit 3.3.

Ud over litteratur, der er fremkommet af ovenstående proces, har jeg til denne opgave anvendt supplerende relevant litteratur i form af kapitler fra lærebøger, samt artikler og rapporter erhvervet i løbet af masterstudiet.

### Kritik af litteratursøgningen

Seks artikler/studier er inkluderet i litteraturstudiet. Det kan synes som få ud af et markant stort udvalg i forbindelse med udsøgningen. Den store frasortering skyldes, som redegjort for ovenfor, blandt andet at fokus i de fundne artikler ikke svarede direkte på opgavens problemstilling, men undersøger berøringen i forhold til en anden gruppe ældre – for eksempel demente eller døende. Der kan således stilles spørgsmålstejn ved validiteten på litteratursøgningen på baggrund af de få inkluderede artikler. En gennemgang af referencerne i de fundne studier viser dog, at de nyeste studier henviser til de ældste studier, hvilket taler for, at der ikke findes studier ud over de fundne. En endnu mere omfattende søgestrategi med valg af andre/flere søgeord samt flere/færre inklusions- og eksklusionskriterier kunne have bidraget med et større antal anvendelige artikler. Omvendt viste arbejdet med sortering ved hjælp af de valgte kriterier at have en ret præcis sammenhæng med artiklernes relevans, hvilket taler for, at søgningsprocessen har været passende dimensioneret og struktureret.

### 2.3.2 Fokuseret etnografi – Et observationsstudie

At arbejde etnografisk vil sige at arbejde med at kunne beskrive forskellige kulturer og at kunne anvende en proces, hvor man som forsker lærer om mennesker ved at lære af dem. Man studerer de situationer, der opstår i deres naturlige omgivelser, både det åbenlyse og det usagte (Cruz & Higginbottom, 2013). At der i denne opgave er valgt at arbejde med fokuseret etnografi betyder, at der arbejdes med struktureret/systematisk observation med fokus på en specifik praksis omkring berøring gennem eksplícitte formulerede regler for observationerne samt registrering af data (Cruz & Higginbottom, 2013). Som observatør agerede jeg passivt med en simpel tilgang til observationerne, hvilket vil sige at jeg ikke havde indflydelse på, hvad der skete i det tidsrum observationerne fandt sted. Der er ikke helt tale om direkte observation, idet jeg var synlig for de observerede, men observerede personer ikke vidste, hvad der specifikt blev observeret på. Denne metode er valgt med afsæt i problemformulering hvor denne forsøges besvaret blandt andet gennem at observere med et helt specifikt fokus, nemlig et fokus på berørings karakter og udtryk.

#### Observationsstudiets rammer

Observationsstudiet foregik som tidligere nævnt på et Pandrup Plejecenter i Jammerbugt Kommune. Plejecentret er af middelstor størrelse med 44 boliger, hvoraf 14 er midlertidige ophold, og resten er almene somatiske pladser. Observationerne foregik over tre dage (d. 4/4-17, 7/4-17 og 12/4-17), med tre forskellige social- og sundhedsassistenter, alle udvalgt af centerlederen, på 3 forskellige afdelinger; to somatiske og én midlertidig afdeling. Data blev indsamlet i tidsrummet 07.00-13.00. Fokus for observationerne beskrives i næste underafsnit omkring observationsskemaets oprindelse.

#### Observationsskemaets oprindelse

I denne opgave tager jeg udgangspunkt i en observationsplan lavet af Porter m.fl. i 1986 og senere forfinet af Redfern og Oliver i 1990. Denne observationsplan/-skema tager netop udgangspunkt i at observere personale<sup>10</sup>/patient berøring og er derfor et oplagt udgangspunkt for de observationer, der foretages i forbindelse med denne opgave. Fokuspunkterne for det først udarbejdede observationsskema var: Hvornår berøringen finder sted i relationen, hvordan både sygeplejersken og patienten er positioneret i forhold til hinanden, hvor på kroppen der berøres, intensiteten og længden af berøringen, patientens respons på berøring og anden information. Reliabiliteten af denne metode blev testet af to observatører med to forskellige indgangsvinkler: en med fokus på sygeplejersken og en med fokus på patienten (Porter, et al., 1986). Alt i alt viste testen sig acceptabel, med størst reliabilitet i forhold til typen af berøring, stedet på kroppen, hvornår berøringen fandt sted i relationen samt sygeplejersken og patientens positionering. I forhold til hvornår berøringen fandt sted i relationen brugte man tre faser; Approach, Interface og Separation. Denne inddeling bruges også i denne opgave.

Testen af forskernes observationsskema viste også, at det der var sværest at observere var intensiteten, responsen og længden af berøringen også selvom man havde fokus på denne udfordring:

*" Unfortunately, this assessment often turned out to be guesswork, because the observer were too busy watching the touch episode to keep an accurate eye on the timer." (Porter, et al., 1986).*

Dette fik betydning for observationsskemaets udformning i denne opgave, da jeg blandt andet ikke har taget tid på episoderne. Derudover vurderede jeg ikke, at det var relevant at medtage positioneringen af sygeplejersken/patienten henset til udgangspunktet i problemformuleringen.

I raffinementet af ovenstående observationsskema var der fokus på at observere ved hjælp af computer og båndoptager for at optage verbal kommunikation. Dog viste det sig at det at bruge en computer ikke forbedrede observationerne i forhold til at bruge håndskrevne notater. De simplificerede skemaet og konkluderede at dette skema sammen med båndoptagelse af den verbale kommunikation øgede reliabiliteten sammenlignet med det gamle skema (Oliver & Redfern, 1991). Dette medførte, at de sidste rettelser blev lavet på observationsskemaet til denne opgave. Blandt andet fik det betydning for, at den verbale kommunikations tilstedeværelse blev dokumenteret. Dog var udgangspunktet for denne opgave ikke med fokus på indholdet af den verbale kommunikation, blot om den var til stede eller ej samt det anvendte tonefald.

Ovenstående resulterede i følgende fokuseringer i observationsskemaet (se bilag 2):

- Formålet med interaktionen
- Hvornår i relationen foregår berøringen fordelt på Approach, Interface og Separation
- Typen af berøring, en skelnen mellem ekspressiv og instrumentel berøring
- Verbal kommunikation med fokus på tonefald
- Sted for berøring på patientens krop
- Hvordan der berøres
- BB vurderede reaktion på berøring
- Om der var hud-mod-hud kontakt
- SSA nonverbale kommunikation og eventuelle noter med fokus på ekspressiv berøring som kram og holden i hånden.

#### Etiske overvejelser

Observationsstudiet blev godkendt og underskrevet af centerlederen på sendte ansøgning inden opstart (se bilag 3). Samtykke fra beboerne på plejehjemmet vurderede jeg som ikke relevant, idet det var social- og sundhedsassistenterne, der var observationsstudiets fokus, og idet at jeg på trods af min observatørstatus samtidig er sygeplejerske og derfor kan indtræde naturligt i plejesituationen. Informeret samtykke blev underskrevet af de udvalgte assistenter inden observationen blev foretaget (se bilag 4 for kopi af samtykke). I den sammenhæng blev der indgået aftale om, at der er tavshedspligt både omkring beboernes og social- og sundhedsassistenternes identitet. Således er såvel plejepersonale om beboere anonymiseret i opgaven (World Medical Association, 2000). Imidlertid er social- og sundhedsassistenternes identitet ikke mere skjult, end at personalet på plejecentret så, hvem jeg fulgtes med under observationsstudiet.

Et feedback-seminar aftales med stedet efter opgaven er afleveret. For at kontaminere observationerne mindst muligt, ved at informere omkring at berøringen er i fokus hos observatøren, informeres plejepersonalet om, at det der observeres er relationen mellem dem og beboeren. Dette er clearet af med vejleder af etiske grunde.

### 3. Gennemgang og analyse af valgt litteratur

Først i dette kapitel præsenteres og beskrives de udvalgte artikler i et skema (skema 2) og derefter tematiseres og analyseres artiklerne med udgangspunkt i problemformuleringens fokuspunkter jævnfør beskrivelsen i afsnit 2.2.

#### 3.1 Litteraturgennemgang

Herunder fremkommer en præsentation af de til analysen udvalgte artikler og øvrig videnskabelig litteratur, med udgangspunkt i resume/konklusion, oprindelsesland, årstal samt metode.

	Artiklen	Resume/konklusion i korte træk	Land	Metode
1	<b>Expressions of touch in nursing older people</b> Routasalo og Lauri <i>European Nurse</i> 1998 3 (2) p. 95-104	Søger at belyse forskellige former for berøring i en morgenplejesituation på plejehjem. Fundene tre forskellige former for berøring som benyttes i relationen mellem sygeplejerske/patient: fysiske opgaver, beroligende berøring og komfortberøring – for at skabe gode følelser hos både sygeplejersken og patienten. De kom også frem til at det mest er sygeplejersken der rører ved patienten.	Finland	Observations-studie
2	<b>An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland.</b> K. McCann og H. McKenna	Denne artikel belyser hvor og hvordan sygeplejersker berører når de berører. De kom frem til sygeplejersken primært berører gennem instrumentel berøring, og når der sker ekspressiv berøring sker det primært ved berøring af ekstremiteterne. Alt efter hvorfor og hvor sygeplejerskens berører oplever patienterne den meget forskellig. Speciel ekspressiv berøring på benet, i ansigtet og omkring skuldrene blev oplevet som	Nord-irland	Observations-studie og semi-struktureret interviews

	<p><b><i>Journal of Advanced Nursing</i></b>                  1993, 18                  p. 838-846</p>	<p>ubehageligt. Det eneste berøring patienterne fandt helt behagelig var instrumentel berøring af arm og skulder af kvindelige sygeplejersker. Disse forskelligartede oplevelser kræver en opmærksomhed fra sygeplejerskerne på de ældres behov for berøring.</p>		
3	<p><b>Intimacy – meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer?</b>                  A.C Mattiasson og M. Hemberg  <b><i>Nurse Ethics</i></b>                  5.november 1998                  p. 527-534</p>	<p>Artiklen forsøger at afdække intimitet i en plejekontekst. Fundene er at det væsentligste i relationen mellem sygeplejersken/plejeren og den ældre er respekt for den enkeltes integritet samt en opmærksomhed på plejerens egne værdier og moral i forhold til de ældre aldrig bør stå i vejen for at opfylde patientens behov.</p>	Sverige	Artikel
4	<p><b>Non-necessary touch in the nursing care of elderly people</b>                  Routasalo  <b><i>Journal of Advanced Nursing</i></b>                  1996, 23                  p. 904-911</p>	<p>En afdækning af hvor meget "non-necessary" berøring der bruges i relationer mellem sygeplejerske og patient på et plejehjem i Finland. Man fandt at "Non-necessary" berøring blev brugt i mange forskellige situationer; for at understøtte udsagn, anmodninger eller spørgsmål, når man skulle vække patienten, forklare ting, trøste, drille, skælde ud, takke og kramme. Man fandt dog også at der primært blev brugt instrumentel berøring i relationen.</p>	Finland	Observations-studie
5	<p><b>The use of touch to enhance nursing care of older person in longterm mental health care facilities</b></p>	<p>Man ønskede i denne artikel at afdække sygeplejerskernes brug af berøring af ældre på plejehjem. Fokus var på at ældre på trods af at psykiske- og sikkerhedsmæssige behov er af afgørende betydning er det også</p>	Irland	Litteratur gennemgang



	M. Gleeson og F. Timmins  <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>  2004, 11  p. 541-545	væsentligt at fokusere på andre behov så som behovet for berøring. Man fandt på trods af dette at berøring oftest er associeret med praktiske rutineopgaver og ikke med mere psykisk omsorgsfulde interventioner.		
6	<b>The use of human touch to Improve the well-being of older adults</b>  E. Bush  <i>Journal of Holistic Nursing</i>  3.september 2001  p. 256-270	Beskriver hvordan berøring er en af de mest omkostningseffektive metoder til at berolige og skabe sammenhæng for agiterede patienter, forbedre relationer og patientens evner til at danne relationer i sociale sammenhænge samt øge deres sanser. Beskriver at der bør være mere vidensdeling og uddannelse omkring berøring blandt andet ift. sygeplejerskerne.	USA	Litteratur gennemgang

Skema 2

### 3.2 Analyse af artikler

I dette afsnit analyseres artiklerne med udgangspunkt i de fire temaer fra problemformuleringen. I de fleste af artiklerne går de ældre under betegnelsen patienter, og den primære omsorgsgiver er, som tidligere nævnt, sygeplejerske Disse termer benyttes derfor gennemgående i analysen af artiklerne.

#### 3.2.1 Kategorisering af berøring

Routasalo refererer i sin artikel til et observationsstudie, lavet af Watson i 1975. Watson fandt, at 68% af alle berøringer fra plejepersonale var instrumentelle (Routasalo, 1996) (Watson, 1975). Et nyere studie lavet af McCann og McKenna i Nordirland viste, at op imod 93% af alle berøringer i deres studie var instrumentelle (McCann & McKenna, 1993). Og i et lidt nyere studie fra 1996 lavet af Routasalo i Finland, kom det frem, at instrumentel berøring foregik i ca. 50% af interaktionerne<sup>11</sup>. Disse tre studier – lavet i 3 forskellige lande og med flere års mellemrum – er kommet frem til tre ret forskellige resultater, og det kan næppe afgøres om forskelligheden i resultaterne har at gøre med landenes kultur, eller den tid observationerne er foregået i – da det ældste studie er over 40 år gammelt. Derudover har forskellige forskere stået bag de respektive studier, og de har konstrueret undersøgelserne forskelligt, hvorfor datagrundlag og undersøgelsesfelter heller ikke er direkte sammenlignelige. Imidlertid kan det se ud til, at der er en

overrepræsentation af instrumentelle berøringer. Men det må samtidig konkluderes, at området fortsat mangler udforskning, førend at der med rimelig validitet kan tales om en tendens.

I denne kategorisering tages der, som i de videnskabelige artikler, udgangspunkt i de tidligere beskrevne definitioner af instrumentel og ekspressiv berøring. Med fokus på at instrumentel berøring oftest er knyttet til en bevidst fysisk kontakt i forbindelse med en specifik opgave. Den ekspressive berøring er af en mere spontan karakter, ikke knyttet til en specifik opgave og kan være sværere at kategorisere.

Routasalo og Lauri beskriver, at der er flere baggrunde for at sygeplejersker bruger ekspressiv berøring. Dette kan blandt andet være: for at berolige, til instruktion, til at forklare procedurer, for at støtte patienten til at orientere sig og vise omsorg (Routasalo & Lauri, 1998). Ekspressiv berøring bliver ifølge artiklerne også anvendt for at fange patientens opmærksomhed samt for at forklare forskellige handlinger:

*"If they... [red. The nurses] ... had to go and see another patient in the middle of some task they frequently used touching combined with a verbal explanation to excuse themselves" (Routasalo, 1996).*

Når berøringen i litteraturen bliver inddelt i kasser som instrumentel eller ekspressiv, er der en mængde berøringer, som kan være svære at klassificere. Disse berøringer beskriver Routasalo som berøringer, der finder sted samtidig med en sygeplejeprocedure, men uden nogen bestemt grund. Denne form for berøring virker ekspressiv, og ledsages ikke nødvendigvis af verbal kommunikation:

*"This sort of touching may be wholly unconscious routine, or it may be used to convey the reassuring message to the patient that she is being looked after" (Routasalo, 1996).*

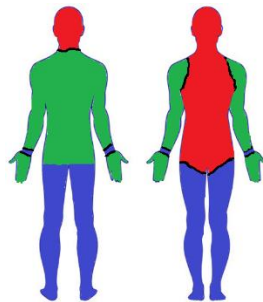
Her taler Routasalo muligvis om en type af berøring som er indkodet i sygeplejerskens håndelag. Dette berøres nærmere i underafsnit 3.2.4.

Berøring kan også bruges til at formidle følelser, både positive og negative. Flere studier beskriver, at uagtet, at patienterne oplever at sygeplejerskerens berøring formidler positive følelser og omsorg, kan det modsatte også være gældende, for eksempel hvis sygeplejersken ikke kan lide/bryder sig om patienten. Berøring kan formidle kontrol og nedlædning og i nogle tilfælde foragt. Dette afhænger både af hvor, hvordan og hvor meget der berøres (Routasalo & Lauri, 1998).

Hvis man ser på de områder på kroppen, der primært berøres i relationen mellem sygeplejerske og patient, er der enighed i litteraturen. I McCann og McKennas undersøgelse kom det frem, at de steder på kroppen, der primært bliver berørt, er armen, benet, skulderen, ryggen og hænderne. Derudover fandt man, at der er kønsforskelle i forhold til, hvor patienterne bliver berørt med instrumentel berøring:

*"For women, the body parts most frequently instrumentally touch were arm, leg, back, hand and shoulder. For men, the body parts most frequently instrumentally touched were the arm, leg, shoulder, foot and back" (McCann & McKenna, 1993).*

Her er Routasalo enig og tilføjer, at de områder af kroppen, der ikke bliver berørt så tit er fingre, tæer, ankler, munden, knæ og genitalier (Routasalo, 1996). Dette forklarer Routasalo blandt andet ved, at der er dele på kroppen, som er mere tilgængelige og mere "lovlige" at berøre for andre. Hun inddeler kroppen i 4 zoner: Social zonen (grøn), samtykke-zonen (blå), sårbarhedszonen (rød) og intimzonen (ikke påtegnet). Disse vises på figur 1<sup>12</sup> herunder:



(Routasalo, 1996) Figur 1.

At berøre andre mennesker i socialzonen er for mange mennesker ok, også uden umiddelbar tilladelse. I samtykkezonen kræver berøring tilladelse, imens sårbarhedszonen er intim og privat, og det kræver en særlig relation, tilladelse eller årsag at berøre her. Ifølge Routasalo sker en relativ stor del af berøringerne mellem sygeplejerske og patient i sårbarhedszonen, specielt i ansigtet og håret, hvilket betyder at sygeplejersken bør have en særlig tilladelse eller en konkret grund til at røre her (Routasalo, 1996).

Ifølge litteraturen generelt finder de fleste berøringer imidlertid sted i det "sociale rum" – for eksempel i en dagligstue eller på gangen uanset kategori. Årsagen kunne være, at det geografisk er et sikkert sted for sygeplejersken at røre ved patienten, og dermed gøres handlingen mindre intim uden at italesætte for meget. Ifølge Routasalo og Lauri afsluttes de fleste sygeplejeprocedurer, der primært er baseret på instrumentel berøring, med ekspressiv berøring. Formålet er at berolige og anerkende patienten og sikre, at han har det godt, inden sygeplejersken forlader stuen (Routasalo & Lauri, 1998).

Hvordan denne anerkendelse kommer til udtryk, og hvordan forskellen mellem instrumentel og ekspressiv berøring viser sig, behandles i næste underafsnit, der handler om, hvordan sygeplejersken berører, når hun berører patienten.

### 3.2.2 Hvordan berører sygeplejersken

I forbindelse med instrumentel berøring berører sygeplejersken ifølge Routasalo og Lauri ved brug af sine håndflader med spredte fingre. Berøringen er umiddelbart målrettet og effektiv, men kan undervejs ligne kærtegn og virke blød og varm; specielt hvis formålet er at berolige og skabe samhørighed med patienten (Routasalo & Lauri, 1998). Når man ser på måden, hvorpå der berøres, når der er tale om ekspressiv berøring, så peger artiklerne på, at den berøring, der finder sted, er karakteriseret ved både korte (klap) og lange berøringer (aen), begge med flad hånd. Under den ekspressive berøring hører også knus, kram, holde i hånd eller at lægge en arm omkring

skulderen på patienten (Routasalo & Lauri, 1998) (McCann & McKenna, 1993). Dog sker disse sidstnævnte berøringer ifølge Routasalo ikke særlig tit (Routasalo, 1996).

Det kunne altså ifølge artiklerne tyde på, at uanset hvorfor sygeplejersken berører patienten, så sker det oftest med flad hånd. Derudover er det vigtigt at bemærke, at det ser ud som om, at sygeplejersken kan gøre berøringen kærlig og varm, uanset hvilken type berøring hun udfører, samt at både instrumentel og ekspressiv berøring anvendes til at berolige patienten med.

Derudover viser fundene fra artiklerne, at der ofte foregår en verbal kommunikation, imens berøringen finder sted (Routasalo, 1996). En verbalisering af hvorfor sygeplejersken berører, en anerkendende kommentar eller en instruktion til patienten. Verbal kommunikation sker oftest synkront med berøringen. Ved ekspressiv berøring er den verbale kommunikation ofte kortvarig og har en mere personlig karakter. Ifølge Routasalo tyder det på, at verbal kommunikation har en komplimenterende rolle i forhold til berøringen (Routasalo, 1996).

En vigtig pointe, som litteraturen bringer frem, er et fokus på den nonverbale kommunikation. For eksempel sker de fleste berøringer, ifølge artiklerne, samtidig med at sygeplejersken søger øjenkontakt med patienten. At sygeplejersken søger denne øjenkontakt, er ifølge Routasalo og Lauri en måde, hvorpå hun søger at læse patienten og prøver at skabe et fortroligt rum mellem dem (Routasalo & Lauri, 1998).

Ingen af artiklerne kommer ind direkte på hud-mod-hud berøring. Routasalo beskriver at sygeplejersken ofte arbejder med handsker (Routasalo, 1996). Og E. Bush kommer ind på, at nogle ældre er det hun kalder "touch-deprived" (Bush, 2001). Hvorfor denne dimension af berøring ikke har fået opmærksomhed i artiklerne vides ikke. Men med udgangspunkt i blandt andet A. Campbell og R. Huffmeijer's beskrivelser af hud-mod-hud kontaktens vigtighed i berøringen, beskrevet i problemanalysen, synes det at være en væsentlig mangel i de pågældende studier. (Campbell, et al., 2014) (Huffmeijer, et al., 2012).

### 3.2.3 Patienternes oplevelse af sygeplejerskens berøring

Når et menneske bliver ældre og/eller sygt, har det ofte brug for hjælp fra andre, andre som ikke er en del af patientens nærmeste, for eksempel en sygeplejerske. Det betyder, at personlige grænser og den intime privatsfære i mange situationer invaderes, og kroppen objektiviseres som et "nødvendigt onde". At lukke andre mennesker ind i den private sfære kræver en stor grad af tillid og åbenhed, og når dette sker mere af nød end af lyst, så opstår der det, som Mattiasson og Hemberg kalder "forceret intimitet". Det er essentielt, at sygeplejersken, for ikke at gøre skade på patienten i denne sårbare relation, blandt andet gennem sin berøring viser respekt for patienten som menneske. Hvis hun gør det, kan hun forholdsvis hurtigt skabe en tillidsfuld og god relation til patienten (Mattiasson & Hemberg, 1998).

Flere studier beskriver netop, at ekspressiv berøring kan bruges for at etablere intimitet og nærhed i denne relation. En intimitet som sammen med åbenhed og tillid er helt grundlæggende for at skabe en respektfuld relation (Mattiasson & Hemberg, 1998). En både verbal og nonverbal "spørgen-om-lov" i forhold til at træde ind den andens private sfære understøtter en åben og

ligeværdig relation, og ansvaret for dette ligger hos sygeplejersken. En af måderne hvorpå sygeplejersken nonverbalt spørger om lov, er, som beskrevet i seneste underafsnit, gennem øjenkontakten (Mattiasson & Hemberg, 1998).

I forhold til berøringen peger artiklerne på, at det er nemmere for patienter at acceptere berøring, når berøringen har et specifikt formål – som i forbindelse med en sygeplejeprocedure. Berøring som kram, klap på hånden eller en arm om skulderen kan for nogle patienter være sværere at rumme (Routasalo & Lauri, 1998). Her bringer McCann og McKenna den pointe op, at den eneste berøring patienterne i deres undersøgelse fandt helt igennem behagelig var instrumentel berøring af arm og skulder fra kvindelige sygeplejersker (McCann & McKenna, 1993).

Med andre ord er instrumentel berøring – en berøring med et klart formål – i socialzonen er den eneste form for berøring, der ikke skaber ubehag hos patienten. Det betyder dog ikke, at patienterne ikke "lader" sygeplejersken berøre dem andre steder, men blot at de bliver / kan blive påvirket af andre berøringer. En påvirkning de ikke nødvendigvis italesætter overfor sygeplejersken. For eksempel, så man i Routasalo og Lauris' undersøgelse, at berøringer i forbindelse med bad og i nogle tilfælde også intimhygiejne ikke forårsagede nogen åbenlyst reaktion fra patienten – men mere et følelsesløst ansigtsudtryk (Routasalo & Lauri, 1998). Det kunne tyde på, at patienterne faktisk har følelser omkring de berøringer, de modtager, men at de ikke udtrykker dem – specielt ikke de svære følelser.

Flere kilder peger på, at patienter oplever sygeplejerskens ekspressive berøringer som gode. Det beskrives, at disse berøringer kan skabe tryghed, give trøst og virke beroligende (Gleeson & Timmins, 2004) (Routasalo & Lauri, 1998) (Bush, 2001). Det viser sig dog i McCann og McKennas undersøgelse, at der, både når der er tale om ekspressiv og instrumentel berøring, er steder på kroppen, hvor patienter oplever det som mere behageligt at blive rørt end andre steder. Specielt berøringer i ansigtet, på benet og armen er ubehageligt – dog er dette meget afhængigt af sygeplejerskens køn kombineret med patientens køn (McCann & McKenna, 1993). Flere artikler indikerer, at det at lægge en arm omkring skulderen på et andet menneske er en intim og personlig handling, som kan give oplevelsen af at få invaderet det personlige rum og i nogle tilfælde kan skabe ubehag hos patienten (Weiss, 1979) (McCann & McKenna, 1993). I forhold til disse berøringer, som kan være ubehagelige for patienterne beskriver McCann og McKenna:

*"Some of the general comments given to female nurses' instrumental touching were as follows. 'They're doing their turn', 'I've got used to it', 'It's part of the job – expect them to do it'..."* (McCann & McKenna, 1993)

Det kunne ud fra overstående tyde på, at beboernes oplevelse af berøring afhænger af mange forskellige ting; ud over årsagen til og formålet med berøringen ser det ud til, at der er sammenhæng mellem køn og berøring – både sygeplejerskens og patientens køn. Hvordan patienterne oplever berøring fra sygeplejersken, mandlig eller kvindelig, afhænger derudover af hvem patienterne er som mennesker; deres personlighed, grænser, kulturelle baggrund osv. (Bush, 2001).

Relationen mellem sygeplejersken og patienten – blandt andet hvor længe de har kendt hinanden, ser også ud til at betyde noget, når der tales om berøring. Både i forhold til hvor tæt man kommer på hinandens kroppe, hvor længe berøringen varer, og hvor man rører (Routasalo & Lauri, 1998) (Routasalo, 1996). Dette beskrives blandt andet af Routasalo og Lauri på følgende måde:

*"If the nurse and the patient had a good, close relationship, the nurse would calm the patient by standing very close to the patient, perhaps hugging the patient and putting her face very near to that of the patient..." og "If, on the other hand, the nurse and the patient had more distant relations, the nurse often stood quite near the patient, touched the patient with her hand by patting, stroking or keeping her palm on the patient's arm, shoulder or thigh."* (Routasalo & Lauri, 1998).

Spørgsmålet er nu, hvad der sker hvis patienterne har et berøringsbehov som ikke bliver opfyldt? Der findes ikke noget entydigt svar i artiklerne, men en "skævvridning" af fordelingen af berøring uden fokus på, hvem der har det største behov, kan ifølge litteraturen have den konsekvens, at der bliver en gruppering af patienterne i favoritter og ikke-favoritter. Det tyder på, at oppegående patienter oplever flere berøringer fra sygeplejerskerne end de sengeliggende patienter. Derudover ser det ud som om, at der er nogle patienter, som kun eller primært modtager instrumentel berøring (Routasalo, 1996). Det er nu spændende at se nærmere på, hvilken rolle sygeplejersken spiller, og hvordan hun, som person, påvirker berøringens effekt i relationen – dette ser vi nærmere på i næste underafsnit.

### 3.2.4 Sygeplejerskens rolle

At berøre er en del af det at yde sygepleje, og berøring virker i de fleste tilfælde som en naturlig del af sygeplejerskens arbejde – specielt i situationer, hvor patienten grundet fysiske udfordringer og sygdom, har brug for hjælp. Meget tyder på, at sygeplejersken i situationer, hvor hun berører en patient, er opmærksom på, hvordan patienten reagerer – for eksempel ved at læse ansigtsudtryk og kropssprog. Den berøring, der finder sted i en sygeplejerske/patient-relation, bør som udgangspunkt foregå på patientens præmisser med fokus på patientens reaktion – både den verbale og den nonverbale. (Routasalo & Lauri, 1998)

Berøring kan for nogle mennesker opleves som noget privat – endda seksuelt – og det er derfor væsentligt, at sygeplejersken, ifølge Routasalo, er opmærksom på to væsentlige ting; 1. At spørge om lov, inden berøringen finder sted. 2. Ikke at sende "forkerte" signaler til patienten omkring berøringen (Routasalo, 1996). I en del sammenhænge bliver berøring kædet sammen med intimitet – personlig intimitet – og dermed noget, der indeholder seksuelle undertoner. For eksempel er berøring i samtykkezonen og sårbarhedszonen oftest noget, der foregår mellem to mennesker, der har en meget tæt relation – for eksempel ægtepar. Men når sygeplejersken berører i disse zoner hos patienterne, er relationen en helt anden. Denne sammenkobling med seksualitet er også en af grundene til, at berøring nemt kan blive et tabu, og noget man ikke taler om (Bush, 2001). For at kunne pleje og hjælpe patienten er berøring en nødvendighed, og ansvaret for at berøringen ikke misfortolkes eller tabuiseres ligger hos sygeplejersken.

Sygeplejersken skal forvalte dette ansvar igennem en opmærksomhed på og italesættelse af den berøring, som hun praktiserer.

Denne opmærksomhed kræver empati og indsigt fra sygeplejerskens side. Indsigt både i andre mennesker, men også i sig selv – hendes egne holdninger og grænser (Mattiasson & Hemberg, 1998). Artiklerne tyder netop på, at det der kan spille ind på mængden og typen af berøring i relationen, er sygeplejerskens egen holdning til berøring, hendes personlige grænser og personlighed. Derudover kan samfundskulturen og normen i forhold til berøring spille en væsentlig rolle (Bush, 2001). Bush lægger vægt på, at mere viden omkring berøring er nødvendig samt at der videndeles og sygeplejerskerne uddannes i berøring (Bush, 2001).

De fleste berøringer der sker i sygeplejerske/patient-relationen er initieret af sygeplejersken og det er sjældent, at patienten rører ved sygeplejersken (Routasalo & Lauri, 1998) (Mattiasson & Hemberg, 1998). Om end denne berøring er sjælden og ifølge litteraturen oftest sker fra kvindelige patienter til kvindelige sygeplejersker, så tyder det på, at den har en betydning for sygeplejersken. Denne form for berøring bevæger sygeplejersken og påvirker hendes oplevelse af sit arbejde positivt. Berøring bliver et billede på, at hun er værdsat af patienten (Routasalo, 1996).

Sygeplejerskens måde at arbejde på samt udefrakommende faktorer spiller også en rolle i forhold til berøring. Nogle sygeplejersker arbejder, ifølge Routasalo, hurtigt og effektivt, ofte med handsker på og den berøring, de udfører, er oftest instrumentel. Disse sygeplejersker blev ifølge Routasalo ikke oplevet som mindre empatiske af patienterne. Imidlertid påpeger hun, at noget tyder på, at patienter, der modtager pleje fra denne type sygeplejerske kan opleve at mangle berøring efter interaktionen, alt efter deres eget grundlæggende behov (Routasalo, 1996). Her ses igen, at det er patienternes behov for berøring, der bør være i fokus, således deres behov opfyldes.

En anden faktor, der kunne spille ind på mængden af berøring er travlhed og tidspres. Men på trods af tidspres tyder det på at sygeplejerskerne tager sig tid til at anerkende/værdsætte patienterne. Routasalo observerede, at tidspreset, som sygeplejersken var under, ikke blev udtrykt i berøringen af patienten (Routasalo & Lauri, 1998).

Denne kompleksitet omkring, hvordan patienterne oplever berøringen bør muligvis skærpe sygeplejerskens opmærksomhed på egen rolle i berøringen samt på patienternes forskelligheder for at undgå unødige misforståelser og dårlige oplevelser (Mattiasson & Hemberg, 1998).

### 3.2.5 Opsummering og delkonklusion for litteraturstudiet

På baggrund af ovenstående gennemgang af de fire udvalgte temaer vil jeg nedenfor opsummere de væsentlige pointer i en samlet delkonklusion. Med udgangspunkt i de valgte artikler, er jeg således kommet frem til følgende:

Artiklerne peger på, at 50% eller mere af berøringer fra sygeplejerske til patient er instrumentelle. At berøre er en del af det at yde sygepleje, og idet berøring er en naturlig del af sygeplejefaglige arbejde, er det måske ikke så underligt, at den primære berøring i relationen mellem sygeplejerske

og patient er instrumentel. Forskellen i fundene af den instrumentelle berøring fra 50-90% kan muligvis tilskrives kultur, studiets karakter; herunder forskellighed i forhold til forsker, problemfelt med videre og årstallet for studiet. Herudover synes definitionen og adskillelsen af instrumentel og ekspressiv berøring også at være svær at fastlægge. Dette ses blandt andet når berøringens udtryk beskrives.

Når sygeplejersken anvender ekspressiv berøring er bevægelserne langsomme og kommer ofte til udtryk som at æ, kramme eller holde i hånd. Ved instrumentel berøring, rører sygeplejersken ved brug af håndflader med spredte fingre og berøringerne betegnes som målrettede og effektive. Problemet bliver, at disse berøringer kan ligne kærtegn og virker bløde og varme, og derfor være svære at adskille fra ekspressive.

Der er enighed i artiklerne omkring, at de områder på kroppen, der primært berøres, alle ligger indenfor socialzonen (armen, skulderen, ryggen og hånden). Og de områder af kroppen, der ikke berøres så tit, ligger indenfor samtykke-, sårbarheds- og intimzonen (tæer, ankler, munden, knæ og genitalier). Og denne sammenhæng er gældende, uanset om der er tale om instrumentel eller ekspressiv berøring.

Flere artikler er derudover enige om, at berøring, som det at holde i hånd, kilde og kramme patienten, ikke sker særligt tit. Denne type af berøring forbindes netop ofte med intime og personlige handlinger – noget som bør ligge indenfor privatsfæren – og derfor kun udføres af patientens nærmeste. Nogle af artiklerne er i den sammenhæng enige om, at denne type berøring af patienterne kan opleves som grænseoverskridende.

Noget af det, der ifølge artiklerne kan have indflydelse på typen af berøring, samt hvor patienten berøres, er køn – både sygeplejerskens køn og patientens. Måske netop på baggrund af at berøring ofte kobles sammen med intimitet og derfor let får seksuelle undertoner, sker det meste af den ekspressive berøring ifølge artiklerne i det "sociale rum". Derudover ledsages berøring næsten altid af verbal kommunikation; enten for at forklare berøringen eller for at anerkende eller berolige patienten. Dertil viser fundene i artiklerne at de fleste instrumentelle interaktioner ofte afsluttes med ekspressiv berøring.

Noget andet, som artiklerne er enige om, er, at den nonverbale kommunikation, specielt øjenkontakten, spiller en helt særlig rolle, når det kommer til berøring. Det tyder på, at det primært er gennem øjenkontakten at sygeplejersken aflæser patientens grænser samt får den accept, som hun har brug for, for at kunne berøre patienten indenfor for eksempel samtykkezonen. Ingen af artiklerne nævner vigtigheden af hud-mod-hud-kontakten, blot at berøring er vigtig for patientens velbefindende.

Litteraturen beskriver begrebet "forceret intimitet", hvor sygeplejersken, for at hjælpe patienten, er nødt til at træde ind i patientens private sfære. For at en relation kan bære, at intimiteten bliver forceret, kræver det, at sygeplejersken udviser stor respekt for patienten. At hun undervejs har et højt informationsniveau, at hun er opmærksom på patientens grænser og behov, at hun husker at spørge patienten "om lov", og sidst men ikke mindst, at hun er opmærksom på ikke at sende de "forkerte" signaler og seksualisere intimiteten og berøringen.



#### 4. Feltnoter – Fremlæggelse og analyse af indsamlet data fra observationsstudiet

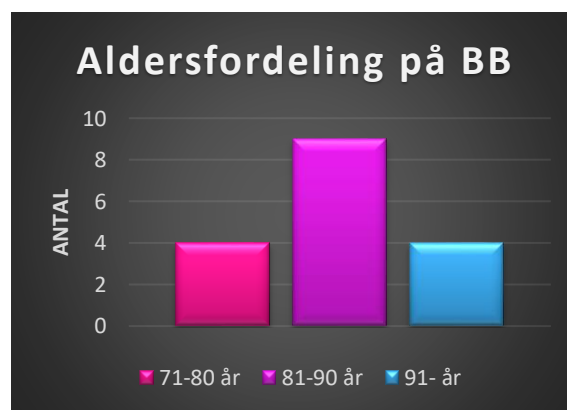
I dette afsnit beskrives og analyseres den indsamlede data udelukkende deskriptivt. Der blev indsamlet 12 sider data, som omfatter beskrivelser af situationer samt afkrydsning på skemaer. Observationerne er indsamlet på det deskriptive, fokuserede og selekterede niveau med udgangspunkt i problemformuleringen. I de efterfølgende afsnit beskrives det overordnede set-up omkring observationsstudiet, hvorefter observationsdataene beskrives og analyseres ud fra problemformuleringens fokuspunkter. Et eksempel på et udfyldt observationsskema ses i bilag 5.

##### Plejepersonalet der blev observeret

Som tidligere nævnt løb observationsstudiet over 3 dage, hvor jeg fulgte en ny social- og sundhedsassistent (SSA) hver dag i ca. 5-6 timer i tidsrummet kl. 07.00-13.00. Observationerne fandt sted på 3 forskellige afdelinger; 2 somatiske<sup>13</sup> og 1 midlertidig<sup>14</sup> afdeling. Der var stor forskel på, hvor mange interaktioner der blev observeret på de forskellige dage, til trods for at tiden brugt på observationerne var stort set den samme. Dag 1 blev der observeret 20 interaktioner; de fleste var af kortere varighed. Dag 2 var en del af interaktionerne af længere varighed og der blev observeret i alt 14. Dag 3 blev der observeret 7 interaktioner, hvor de fleste var af længere varighed. Denne dag var den korteste, idet den SSA jeg gik med havde administrative opgaver der skulle laves. Alderen på de tre SSA var mellem 30-48 år og de var alle kvinder. De havde mellem 1,5-13 års anciennitet som SSA og mellem 7 mdr-3 års anciennitet på Pandrup Plejecenter.

##### Beboere på plejehjemmet

Under observationerne kom SSA i kontakt med forskellige beboere (BB) på plejecentret. Størstedelen af beboerne var kvinder, ud af de 41 forskellige interaktioner observeret var der 14 kvindelige BB og 3 mandlige BB. Aldersfordelingen på BB er som vist på diagrammet herunder (figur 2), hvor det tydeligt ses at de fleste BB var i aldersgruppen 81-90 og alle over 71 år:



Figur 2

#### Formålet med interaktionerne

Idet observationsstudiet foregik i formiddagstimerne, var møderne mellem SSA og BB præget af morgenpleje, morgenmad og medicingivning, dette beskrives nærmere i afsnit 4.1. I de efterfølgende afsnit analyseres den fundne data som tidligere nævnt ud fra samme temaer som analysen af artiklerne. Også i denne analyse tages udgangspunkt i den tidligere begrebsafklaring af berøring, som tidligere beskrevet i afsnit 1.3.

#### 4.1 Kategorisering af berøring

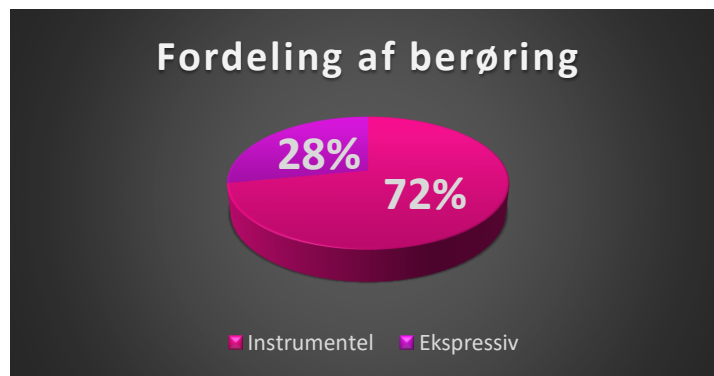
En af de ting, der blev observeret under dataindsamlingen, var den fysiske berøring der skete mellem SSA og BB. En kategorisering af præcist, hvor der blev berørt, og om det var instrumentel eller ekspressiv berøring, er udfyldt i skemaet (skema 3) herunder. Berøringerne er optalt således de, ved et bad, hvor hele kroppen berøres med instrumentel berøring, registreres ud fra hver kroksdel, hvilket vil sige, at et bad giver 8 instrumentelle berøringer. Derudover er specifikke ekspressive berøringer, som sker under et bad, klassificeret for sig selv. Et eksempel er i forbindelse med det bad SSA på dag 2 hjælper BB 3 med, hvor hun undervejs giver BB en let skuldermassage, aer hende på kinden og afslutter interaktionen med et kram. Her er skuldermassagen, aen og krammet registreret for sig selv.

Kropsdel berørt	Instrumentelle berøringer n =	Ekspressive berøringer n =	Total	%
Hoved/ansigt	7	4	11	12
Arm	9	3	12	13
Hånd	11	10	21	22
Foran på torso	8	0	8	9
På ryg/skulder	11	9	20	21
Ben	10	0	10	11
Fødder	6	0	6	6
Bagdel/genitalier	6	0	6	6
<b>I alt</b>	<b>68</b>	<b>26</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Skema 3

Som det tydeligt ses på skemaet berøres BB primært på ryg/skulder og hænderne uanset om der er tale om instrumentel eller ekspressiv berøring – tilsammen udgør de næsten halvdelen af alle berøringerne (43%). Specielt hænderne berøres ved ekspressiv berøring (n=10). Derudover ses, at der kun berøres foran på torso, på fødderne samt på bagdel/genitalier med instrumentel berøring. I forhold til ekspressiv berøring berøres hoved/ansigt (n=4) lidt mere end armen (n=3).

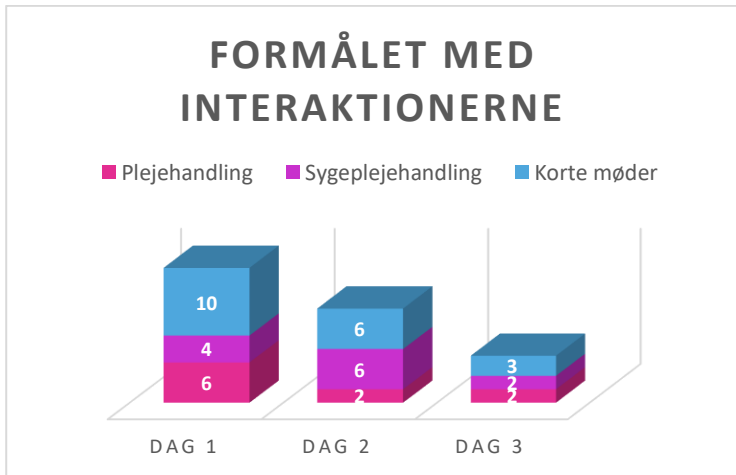
Under observationerne var det i nogle tilfælde meget svært at skelne mellem, om berøringen var ekspressiv eller instrumentel. Dette kunne være når SSA dag 2 tog en BB ved armen for at følge hende på plads i dagligstuen, da BB var tydeligt forvirret omkring, hvad der skulle ske, og undervejs aer hende på hånden og giver hende et kram. Eller da SSA på dag 2 skal følge BB fra dagligstuen ned i hans lejlighed for at få tømt hans kateter. SSA går hele vejen frem og tilbage med ham under armens, mens hun holder ham i hånden, som hun aer. Og på et tidspunkt, hvor de holder en kort pause, lægger sin pande mod hans. På baggrund af observationerne og en vurdering af differentieringen bliver fordelingen mellem instrumentel og ekspressiv berøring som vist på figur 3:



Figur 3

Observationsstudiet viser, at næsten  $\frac{3}{4}$  af den berøring der finder sted på plejehjemmet, er instrumentel, og kun cirka  $\frac{1}{4}$  er ekspressiv. Dertil skal tilføjes, at der var berøring i de fleste observerede interaktioner, kun 4 interaktioner fandt sted uden berøring og alle omhandlede praktiske opgaver som at servere mad eller udlevere medicin.

Formålet med de forskellige interaktioner er forsøgt klassificeret i 3 forskellige kategorier som ses herunder på figur 4. Kategorierne er: *Plejehandlinger* så som bad, påklædning og servering af mad; *Sygeplejehandlinger* så som medicingivning, tømning af kateter og tjek af eksem; og *korte møder* som var et godmorgen på gangen eller i dagligstuen, eller som havde til formål at følge en BB til bordet og lignende. I en del af disse korte møder var der en mængde berøring, som var svær at kategorisere. Møderne blev kun dokumenteret, hvis der opstod berøring i interaktionen. Som det er tydeligt at se på grafen, er der er overvægt af de korte møder på alle observationsdagene.

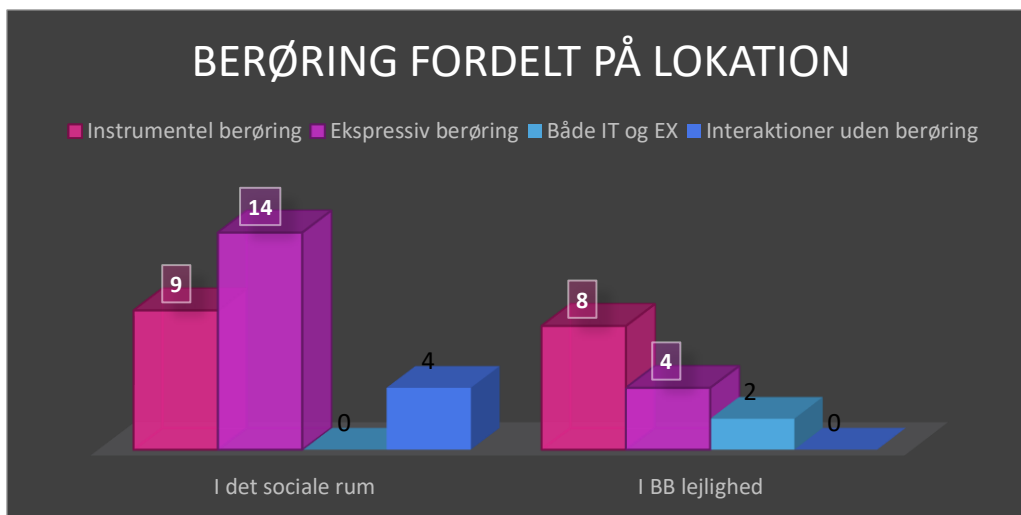


Figur 4

Fundene fra observationsstudiet viser at berøringen mest bruges i starten af interaktionen. Faktisk var der ikke en eneste af de observerede interaktioner, hvor berøring var en del af kontakten, som ikke startede med en eller anden form for berøring. Et eksempel er på dag 2, da SSA skal have BB 3 i bad. Som det allerførste, da SSA kommer ind på stuen og siger godmorgen, tager hun BB hånd og ær den, mens de snakker om badet, og om hvordan hun har sovet. SSA slipper først BB hånd, da hun skal hente en bækkenstol for at køre BB ud på badeværelset. Under badet ær SSA flere gange BB på armen, lægger en hånd på hendes skulder/bryst mens hun taler roligt til hende og forklarer hende, hvad hun gør, og hvad næste trin er. Mens hun sæber BB ind giver hun hende lidt blid massage på skuldrene. Badet afsluttes, da BB er tør og påklædt, med et kram, og SSA ær hende på hånden og kører hende ned i dagligstuen for at få morgenmad. Det opleves som om, at berøringen under hele denne interaktion er tilstede for at få BB til at føle sig veltilpas. Det virker som om SSA gør mere, end hvad man kunne forvente i forhold til at få BB til at føle sig anerkendt. Dette ses også på dag 3 hvor SSA et par gange kysser en BB på kinden.

Alle de berøringer som sker i dagligstuen, sker ved 'Approach' til en plejerelateret handling for eksempel medicingivning, guidning eller servering af mad eller ekspressiv berøring. Derudover ser det ud som om, at alle de instrumentelle berøringer (n=19) startes med berøring og kun 47% (n=9) afsluttes med berøring. Berøringen bruges i forbindelse med en procedure, for at berolige, for at vise nærvær/tilstedeværelse, for at anerkende BB eller for at skabe samhørighed ved at joke og gennem berøring få BB til at smile og føle sig set. Dette ses blandt andet dag 2, hvor SSA tager imod ny BB i dagligstuen, hvor hun tages imod med kram, smil og jokes. Det ser ud som om berøring og verbal kommunikation altid følges ad og foregår samtidigt. Der er kun én interaktion, hvor dette ikke sker, og det er dag 1, hvor SSA tager kontakt til BB5, der er døv.

Studiet viste at 62% (n=23) af interaktioner med berøring fandt sted i det sociale rum fx på gangen eller i dagligstuen mod 38% (n=14) på i beboerens egen lejlighed. Derudover kunne ses, at de observationer, der fandt sted i BB egen lejlighed, primært var instrumentelle (n=8) – mod de berøringer der fandt sted i det sociale rum som primært var ekspressive (n=14) (Se figur 5):



Figur 5

Som tidligere nævnt, var alle de observerede SSA, kvinder. Blandt BB var der 3 mænd, og umiddelbart tyder det ikke på, at mændene røres mindre/mere eller andre steder på kroppen end kvinderne. Dag 1 berøres den mandlige BB med instrumentel berøring på armen og ryggen ift. at SSA kan få kontakt med ham, da han er døv. Dag 2 berøres den mandlige BB 3 gange af den pågældende SSA, både med instrumentel berøring og ekspressiv – blandt andet får han et klem og SSA holder BB i hånden over en længere periode. Han berøres primært på hånden og ryggen med ekspressiv berøring og på benet med instrumentel berøring. På den sidste dag, dag 3, berøres den mandlige BB med instrumentel berøring under et bad og smøres med creme på ryggen og benene.

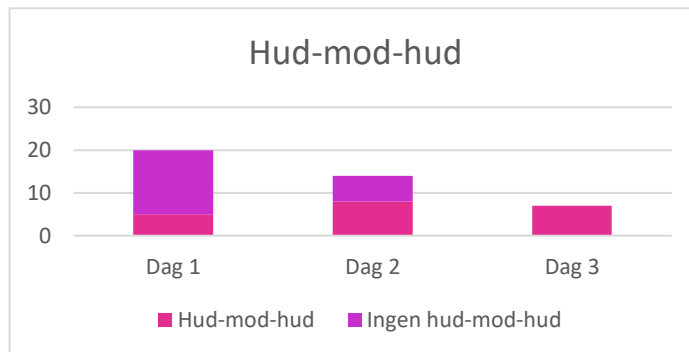
#### 4.2 Hvordan berører SSA

Data peger på, at der, når der er tale om instrumentel berøring, ofte berøres med hurtigere, mere mekaniske og mere målrettede bevægelser. Oftest sker berøringen med handsker på, og der er ikke meget hud-mod-hud kontakt. Det er ikke altid, at der foregår verbal kommunikation imens, og når der gør, er den ofte informerende, omkring hvad der skal ske / hvad der sker og hvorfor, eller spørgende i forhold til BB. I denne forbindelse er SSA ofte opmærksom på øjenkontakt og beboerens anden nonverbale kommunikation som for eksempel smil og nik. Der observeredes færre smil mellem BB og SSA ved de "rene" instrumentelle berøringer end ved ekspressiv berøring. Blandt andet dag 1 hvor SSA har BB1 i bad. Hun arbejder målrettet, effektivt og med handsker under hele interaktionen. Der udveksles ikke mange smil eller ekspressive berøringer undervejs. Da der ved afslutningen af badet berøres med ekspressiv berøring, SSA rører langsomt, aer og lægger en flad hånd på BB skulder, er der flere smil fra både SSA og BB.

Ekspressiv berøring ledsages ved observationsstudiet i de fleste tilfælde af verbal kommunikation, hvor stemmeføringen er langsom, dæmpet og blid. Der er megen øjenkontakt mellem SSA og BB. Dette ses blandt andet dag 3, da SSA siger godmorgen til BB3 i dagligstuen. Her har de øjenkontakt, begge smiler og griner, og SSA giver BB et kram, et kys på kinden og aer hende på skulderen. Under hele observationsstudiet uddeles der en del kram/knus fra SSA til BB, specielt på

dag 2 og 3. I 8 ud af 41 interaktioner var der kram/knus og på dag 3 gav SSA 2 gange forskellige BB et kys på kinden.

I forhold til Hud-mod-hud berøring sker dette i 20 gange ud af de 42 interaktioner. Men som det ses på figur6, er der meget stor indbyrdes forskel på, hvor meget den enkelte SSA anvender hud-mod-hud kontakt.



Figur 6

Dag 1 berører SSA hud-mod-hud i 25% af interaktionerne, hvor SSA dag 2 berører BB med hud-mod-hud i 57% af interaktionerne, og dag 3 berører SSA hud-mod-hud i 100% af interaktionerne. Dette er dog ikke et billede af, at der under hele interaktionen berøres hud-mod-hud. For eksempel da SSA dag 2 har BB i bad, bruger hun handsker under selve badet, og da BB skal tørres og smøres ind i creme tager hun handskerne af. Det samme gør SSA dag 3 under morgenpleje ved BB1.

#### 4.3 Beboernes respons på social- og sundhedsassistentens berøring

Initiativet fra alle berøringerne kom fra SSA, dog var der flere af beboerne, som responderede ved at røre tilbage. Et eksempel er da SSA på dag 1 siger godmorgen til BB1 og aer hendes hånd. Så lægger BB sin hånd ovenpå SSA hånd og giver den et klem. Alle interaktioner, der indbefattede berøring, fik et smil frem på BB læber, og det virkede som om, at berøringen fik dem til at føle sig bedre tilpas; de blev rolige, smilede og udtrykte ofte verbal tilfredshed, eksempelvis ved at sige tak. I de længere interaktioner, som for eksempel et bad, hvor berøringen primært er instrumentel, virker BB ok med berøringen. Det virker dog til, at jo mere verbal kommunikation og jo mere ekspressiv berøring der er under et bad, jo mere rolig virker BB, når SSA udfører intimpleje eller skifter ble. Dette ses blandt andet dag 3, hvor SSA har BB1 i bad. Under hele interaktionen taler SSA med BB i et roligt stemmeleje, og BB svarer tilbage; siger tak flere gange og siger *"Godt du er her til at hjælpe mig"*. I de tilfælde hvor BB fik klem eller kram, så det ud til at have en positiv effekt. De smilede, sagde tak, krammede igen og sagde ting som *"Uh- du er nu så sød"*. Kram blev givet tilbage, og et par gange tog BB SSA hånd og aede den.

#### 4.4 Social- og sundhedsassistentens rolle

Efter en analyse af den indsamlede data tyder meget på, at det at berøre et andet menneske hænger sammen med, hvem der berører, og hvem der berøres. Der er stor forskel på de SSA, der observeres undervejs, og ikke mindst er der forskel på, hvad de bruger berøringen til, hvordan de berører, og hvor meget de berører. Der er som tidligere beskrevet forskel på de 3 SSA både i alder, anciennitet som SSA, og anciennitet på stedet. Men der kan ikke trækkes klare konklusioner på den baggrund. Data peger dog på, at jo yngre SSA er, jo mere berører hun.

Personen bag rollen som SSA synes endvidere at have en betydning, SSA egne personlige grænser og hendes personlige forhold til den pågældende BB. SSA fra dag 1, som var den SSA, der brugte mest instrumentel berøring, virkede ikke mindre vellidt end de andre SSA, og det virkede heller ikke som om, at de BB hun kom i kontakt med var mindre "tilfredse" med den berøring, de fik. Alle dagene virkede BB glade for berøringen, og som tidligere nævnt udtrykte de dette både verbalt og nonverbalt til alle SSA.

Hvis vi ser på, om der er forskel på, om man berører BB hud-mod-hud, må vi se på fordelingen af ekspressiv/instrumentel berøring sammenholdt med mængden af hud-mod-hud. Her ser fordelingen på de forskellige SSA således ud: Dag 1 var alle de interaktioner hvor der var hud-mod-hud berøring ekspressive. Dag 2 var det mere blandet; her fandtes både hud-mod-hud ved instrumentel og ekspressiv berøring og også ekspressiv berøring uden hud-mod-hud. Dag 3 berørte SSA ved alle interaktioner og alle gangene var der hud-mod-hud kontakt.

Det tyder på, at det kan være svært at definere, hvad der er bestemmende for berøringen, og at det som tidligere antydte kunne se ud til, at det er en kombination af SSA egne normer i forhold til berøring, relationen SSA har til BB samt BB behov, der er styrende for berøringen.

#### 4.5 Opsummering og delkonklusion på observationsstudiet

På baggrund af ovenstående gennemgang af de fire udvalgte temaer med udgangspunkt i de indsamlede data fra observationsstudiet, vil jeg nedenfor opsummere de væsentlige pointer i en samlet delkonklusion med udgangspunkt i problemformuleringens fokuspunkter. Jeg er kommet frem til følgende:

Observationsstudiet viser at 72% af den berøring der finder sted i relationen mellem SSA og BB er instrumentel. Altså er kun ca. ¼ af den berøring SSA udfører i praksis er ekspressiv. Det viste sig dog, at det i nogle af interaktionerne var svært at skelne mellem instrumentel og ekspressiv berøring med udgangspunkt i de anførte definitioner. Der røres primært på ryg/skulder og hænder uanset kategorisering. Ved berøring foran på torso, på fødderne samt på bagdel/genitalier anvendes alene instrumentel berøring. Derudover viser studiet, at der berøres på den ene eller anden måde i næsten alle interaktionerne – kun ved 4 interaktioner foregår der ingen berøring.

Data viser, at de fleste berøringer finder sted i "det sociale rum" og altid er initieret af SSA. Faktisk starter alle interaktioner, som indbefatter berøring med, at SSA rører ved BB – ofte med ekspressiv berøring. På intet tidspunkt virkede det som om, at BB misforstod eller mistolkede SSA berøring som intim eller seksuel.

Derudover viser den indsamlede data, at instrumentel og ekspressiv berøring ofte har et forskelligt udtryk i praksis. Den instrumentelle berøring er oftest karakteriseret ved hurtige, mekaniske og målrettede bevægelser, almindeligvis udført med handsker på. Altså var der sædvanligvis ingen hud-mod-hud kontakt. Det, der syntes at karakterisere ekspressiv berøring er langsomme, lange berøringer, ofte med flad hånd og for det meste hud-mod-hud berøring. Ved ekspressiv berøring er der mange smil, og der forekommer både kram, klem og kys på kinden. Denne type berøring virker mere diffus og tilfældig end den instrumentelle berøring, og den ledsages ofte af verbal kommunikation med langsom, dæmpet og blid stemmeføring.

Observationerne viser faktisk at verbal kommunikation altid er nærværende uanset type af berøring, imens specielt øjenkontakten synes at have en særligt fremtrædende rolle i forhold til den ekspressive berøring. Det virker som om, at specielt øjenkontakten er det, der fortæller SSA, om hun har accept til at udføre den berøring, hun udfører. Denne accept kommunikerer også gennem den nonverbale kommunikation som for eksempel smil og nik. Mængden af smil synes færre ved instrumentel berøring end ved ekspressiv berøring. I forhold til Hud-mod-hud berøring sker det i næsten halvdelen af interaktionerne, uanset om der er tale om instrumentel eller ekspressiv berøring, med stor forskel på de observerede SSA. Det svinger 25-100% af interaktionerne.

Alle de observerede SSA giver klem, men ikke alle giver kram og kys. Disse handlinger ligger ud over, hvad man kan forvente af en SSA's arbejde. Umiddelbart kan der ikke konkluderes noget på baggrund af, hvem af dem der gør noget ud over det forventede, og hvem der ikke gør; idet det ikke ser ud til at hænge sammen med hverken erfaring eller anciennitet på stedet. Dog tyder det på, at jo yngre SSA er, jo flere kram deler hun ud. Men grundet studiets størrelse, kan der ikke laves en endegyldig konklusion omkring dette emne.

De primære interaktioner, der finder sted i dette observationsstudie er korte møder; defineret som møder med et "godmorgen" eller et "hej- hvordan går det?" på gangen eller i dagligstuen, eller som havde til formål at følge en BB til bordet og lignende. Disse korte møder består netop af nogle af de interaktioner, der kan være svære at definere som enten instrumentel eller ekspressiv. Det, at SSA berører en BB, mens hun følger ham til bords er umiddelbart en instrumentel berøring, men når det, der sker i praksis, er, at hun tager ham under armen, holder ham i hånden, aer den imens de går og afslutter med at give ham et kram og et kys på kinden – så er der noget "mere" i den interaktion end instrumentel berøring

Umiddelbart kunne der ikke udledes en signifikant forskel på berøringen hverken mængde eller steder berørt mellem mandlige og kvindelige BB. Forskellen lå umiddelbart primært hos den enkelte SSA – hvad hendes normer og hendes grænser med videre dikterede. Det tyder altså på, at det at røre ved et andet menneske, mest er afhængigt af den der berører; herunder dennes normer, grænser, kultur, tid og relationen til BB - relationen mellem BB og SSA virkede til at påvirke eksempelvis mængden af kram. Det er ikke alle BB, der får kram, knus og kys af SSA – det er nogle enkelte udvalgte BB– og i mange tilfælde dem, som SSA virker til at have en ekstra god relation med.



Som tidligere beskrevet kommer initiativet fra alle berøringerne observeret fra SSA, aldrig fra BB. Men i flere af interaktionerne responderede BB ved at berøre SSA tilbage. En berøring som SSA virkede meget glad for – en glæde hun viste blandt andet gennem smil og grin.

## 5. Diskussion og sammenhæng

I dette kapitel sammenholdes fundene fra litteraturstudiet med data indsamlet gennem observationsstudiet. I denne masteropgave er der inden for problemformuleringen fire fokuspunkter, der tilsammen skal beskrive den berøring, der foregår mellem plejepersonale og beboere på plejecentre i Danmark. *Kategoriseringen af berøringen, hvordan berøringen kommer til udtryk, beboerens oplevelse og plejepersonalets rolle.* Jeg vil således med udgangspunkt i de fire fokuspunkter gennem diskussionen finde svar på problemformuleringen. I dette kapitel refereres til SSA og sygeplejersken under en samlet betegnelse – som plejepersonale (PP).

For at kunne give en mere fuldstændig besvarelse på problemformuleringen suppleres ovenstående med nyt litteratur samt Aaron Antonovskys teori omkring "Sense of Coherence" (OAS). Kapitlet indledes med en kort beskrivelse af Antonovskys teori, hvorefter diskussionen vil forløbe i forhold til problemformuleringens fire fokuspunkter som beskrevet ovenfor.

### 5.1 Aaron Antonovsky – Sense of Coherence

Antonovsky fandt, at mennesker, der forbliver sunde trods store helbredsbelastninger, har nogle fællestræk, som han kaldte "*Sense of Coherence*" = Oplevelse af sammenhæng (OAS). Denne teori bundet i, at jo mere et menneske har en følelse af at livet hænger sammen og giver mening, jo større sandsynlighed er der for, at mennesket kan håndtere de kriser/den stress, som livet byder på (Antonovsky, 2014). Under OAS definerer Antonovsky 3 komponenter – *Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.*

*Begribelighed* handler om, hvorvidt mennesket finder de stimuli, som de møder, forståelige, sammenhængende og strukturerede. *Håndterbarhed* omhandler, hvordan mennesket erfarer at have nok ressourcer, både indre og ydre, til rådighed, til at det kunne imødekomme de udfordringer, det møder. *Meningsfuldhed* handler om, hvorvidt mennesket føler, at de stressorer, det udsættes for, er værd at investere tid og energi i – at de giver mening (Antonovsky, 2014).

### 5.2 Kategorisering af berøring

Hvis fokus for berøringen er at kategorisere den berøring, der sker mellem PP og BB, som instrumentel eller ekspressiv, bliver svaret enslydende i litteratur- og observationsstudiet: Størstedelen af den berøring, der finder sted i relationen både på et dansk plejecenter i nutiden og på et udenlandsk plejecenter i fortiden tyder på at være instrumentel. Der er overensstemmelse mellem fundene, som dermed ikke virker til at være påvirket af hverken kultur, samfund eller tid. Man kunne spørge om det resultat i virkeligheden ikke er helt indlysende? Det problemfelt, der undersøges er et plejecenter, hvor der bor ældre mennesker, som oftest bor der, fordi de har brug for hjælp til at klare dagligdagen – de har med andre ord nogle eksplicitte instrumentelle behov.

Den hjælp, som de har behov for, er oftest hjælp til personlig pleje, forflytninger eller struktur af hverdagen, og berøringen, der følger med denne hjælp, er som oftest instrumentel.

Problemet bliver når det skal laves et skarp skel mellem de ekspressive berøringer og de instrumentelle berøringer. Hvad med de berøringer hvis formål er af mindre åbenlys karakter? Nogle gange er det helt tydeligt, hvorfor berøringen sker, for eksempel i forbindelse med et bad eller for at berolige en agiteret BB, men andre gange sker berøringen som et led i en større helhed. Det kunne være for at få en BB til at føle sig tryk eller blot fordi PP oplever at BB har behov for en ellers ikke nødvendig berøring, målrationel betragtet, midt i en instrumentel handling. Hermed bliver formålet med berøringen umiddelbart mere diffust. Netop denne form for berøring er det Routasalo og Lauri nævner som det at PP værdsætter BB:

*"Touch in cherishing a patient...The nurse stood close to the patient, patting the patient on his/her shoulders, hugging him/her or stroking his/hers hair. It seemed as if the nurse wanted to make sure that the patient was feeling good..."* (Routasalo & Lauri, 1998).

Men er det værdsættelse, der ses i de instrumentelle berøringer som har et ekspressivt udtryk? Og hvis værdsættelse også kan formidles gennem instrumentel berøring giver det så overhovedet mening at skelne så skarpt mellem de to typer af berøring? – Ikke mindst set i lyset af, at der er nogle berøringer, som både litteraturen og observationsstudiet peger på, falder helt uden for kategori.

På den anden side peger litteraturen imidlertid også på, at det ser ud som om, at hvis relationen primært er præget af instrumentel berøring, så mistes der noget i relationen. Som Morris m.fl eksempelvis beskriver det, har den instrumentelle berøring ikke umiddelbart til formål at skabe en dybere forbindelse mellem BB og PP, hvilket forårsager et tab af de positive psykologiske effekter af berøring (Morris, et al., 2014) (Watson, 1975).

Det var midlertidig ikke umiddelbart det, der viste sig i nærværende observationsstudie. De BB som blev berørt virkede glade og tilfredse med den berøring de modtog, uanset om den var instrumentel eller ekspressiv. Hvilket bringer os tilbage til spørgsmålet fra før. Måske kunne det være mere meningsfuldt at se på om berøringen – instrumentel eller ekspressiv – understøtter BB trivsel.

Hvis man ser nærmere på, hvilke kropsdele der primært berøres, er der også overensstemmelse mellem fundene i litteraturen og fundene i observationsstudiet: Begge studier viser nemlig, at der berøres primært indenfor socialzonen (hænder, ryg og skuldre), specielt når der er tale om ekspressive berøringer, og der berøres mest i det offentlige rum. Men er dette resultat ikke også indlysende? Man berører primært de zoner, der ikke umiddelbart kræver en nærmere tilladelse i det offentlige rum og i BB lejlighed berøres, i de tilfælde hvor det er nødvendigt, med instrumentel berøring i samtykke- sårbarheds- og intimzonen.

Der, hvor de 2 studier fremkommer med divergerende data, er omkring hvornår i interaktionen berøringen finder sted. Ifølge litteraturen finder den ekspressive berøringen oftest sted ved afslutningen af en interaktion, og det sker ofte at instrumentelle handlinger/berøringer afsluttes

med ekspressive berøringer. Observationsstudiet peger derimod på, at det kunne forholde sig helt omvendt i en dansk kontekst. Her findes, at de fleste berøringer foregår i starten af en interaktion – som en tilladelse til at indlede interaktionen, og at der ikke altid er berøring i afslutningen af en interaktion. Om denne forskel beror på nationale kulturforskelle, forskel i årstallet for studiet eller nærværende observationsstudies begrænsede omfang – og dermed en lokal eller personlig kulturpåvirkning – er svært at sige afgørende om, men den må ikke desto mindre give anledning til opmærksomhed for en potentiel forskel. Eksempelvis om berøringens formål på et metaplan kan anskues som at man i en dansk kontekst anvender berøringen som forebyggende hvorimod i litteraturens kontekst anskuer berøringen som en reparerende/genetablerende handling.

### 5.3 Hvordan berører SSA

Hvis fokus for berøringen er at se på hvordan der røres, er der ikke som sådan noget entydigt svar. Der er overensstemmelse mellem litteraturen og observationsstudiet omkring at der oftest røres med flad hånd og at der kan være forskel i udtrykket; at instrumentelle berøringer kan virke mere mekaniske og hurtige end ekspressive berøringer.

Begge typer berøring indeholder øjenkontakt og både litteraturstudiet og observationsstudiet peger på at denne øjenkontakt er væsentlig i relationen. Det er blandt andet gennem øjenkontakten at PP opnår accept fra BB omkring de handlinger og berøringer hun udfører. På samme måde forholder det sig i forhold til den verbale kommunikation, som spiller en rolle i forhold til at sætte grænser og skabe et rum for berøringen. I forbindelse med de instrumentelle handlinger er det oftest grænser og formål med berøring der bliver italesat verbalt hvorimod den verbale kommunikations udtryk ved ekspressiv berøring – hvis den bruges – ofte er af mere personlig og anerkendende karakter.

Igennem observationsstudiet og med baggrund i den indledende problemanalyse er det, der for mig skaber mest divergens mellem fundene i litteraturstudiet og data indsamlet ved observationsstudiet, forskellen på fokus af hud-mod-hud berøringer.

Hvis netop fokus er på disse berøringer, er der ikke megen viden at hente i den anvendte litteratur, hverken i forhold til hvor meget eller hvordan det praktiseres. Observationsstudiet viste, at man ikke kan sige at hud-mod-hud berøring kun praktiseres ved ekspressiv berøring idet SSA i flere interaktioner brugte hud-mod-hud berøring i forbindelse med instrumentelle handlinger. Spørgsmålet er, om PP kender til begrebet hudsult og om de ved, at de ved at berører hud-mod-hud kan påvirke mængden af oxytocin – også kaldet kærligheds- eller krammehormonet – som beskrevet i afsnit 1.1. Studiet viser ikke noget om, om PP kender til de positive effekter ved at bruge hud-mod-hud berøring i alle de interaktioner det er muligt. Om PP ved, at ifølge professor Moberg er devisen, at jo mere berøring jo større udskillelse af oxytocin (Uvnäs Moberg, 2006). Virkningen af oxytocin er muligvis overset i den anvendte litteratur men det blev gennem min forforståelse omkring effekten af hud-mod-hud berøring til et opmærksomhedspunkt i observationsstudiet.

Hvis man ser nærmere på, hvad der kunne have indvirkning på, om PP praktiserer hud-mod-hud berøring, kunne brugen af handsker for eksempel nævnes. I de "Nationale infektionshygiejniske retningslinjer" står der om brugen af handsker, at de sammen med god håndhygiejne bør bruges for at reducere risikoen for kontaktsmitte. Handskernes formål er:

*"... beskytte personalets hænder mod forurening med organisk materiale som fx blod, spyt, sekreter og ekskreter..." og "... beskytte patienten/borgeren mod forurening fra personalets hænder..."* (Central enhed for infektionshygiejne, 2017).

Altså bør handsker primært bruges for at forebygge smittefare. Retningslinjerne beskriver at brugen af handsker reducerer, men ikke forhindrer, forurening af hænderne, og der gives eksempler på i hvilke situationer PP bør anvende handsker. Af disse kan nævnes:

*" Ved anlæggelse af urinvejskateter. Ved sengebåd, nedre toilette, bleskift, tømning af urinposer/kolber. Ved sårbehandling og forbind skifte. I forbindelse med tandbørstning og mundpleje..." og "I forbindelse med håndtering af patientens/borgerens udskillelser."* (Central enhed for infektionshygiejne, 2017).

Det vil altså sige, at der ikke ved alle instrumentelle berøringer anbefales handsker. For eksempel kan PP påsmøre hudcreme, ordne hår og barbere BB uden handsker. Denne opgave belyser ikke dette problemfelt med fokus på hvornår PP bruger handsker og om PP bruger dem på tidspunkter hvor det egentlig ikke er nødvendigt. Men det kunne måske være interessant at se nærmere på om PP er opmærksomme på årsagen til at de bruger handsker og om brugen af handsker kan blive påvirket af PP baggrund, erfaringer og holdninger eller kan det handle om BB og den relation der er mellem de to. Dette med det formål at øge mængden af hud-mod-hud berøring.

#### 5.4 Beboerens oplevelse af berøring

Litteraturen behandler forskellen på blandt andet BB oplevelse af berøring med fokus på køn. Både i forhold til BB køn, men også i forhold til PP køn. Konklusionen er, at der både er forskel på, hvor meget mandlige og kvindelige PP berører, men også hvor meget mandlige og kvindelige BB bliver rørt ved. Derudover er der forskel på, hvordan mandlige og kvindelige BB oplever berøring.

I observationsstudiet blev der kun observeret berøring fra kvindelige PP men dog både til kvindelige og mandlige BB. Der virkede ikke umiddelbart til at være en forskel på hverken mængden af berøring, hvor man rørte eller typen af berøring. Det virkede ifølge observationsstudiet som om, at mængden af berøring primært var afstemt af beboerens behov.

Hvis fokus er på BB, må opgaven for PP netop være at se på den aktuelle BB for at få et indblik i, hvem BB er, hvilke behov BB har, og hvordan BB grænser er i forhold til relationen mellem PP og BB. Der skal netop i relationen mellem BB og PP ligge en accept og forståelse af berøringen og dennes formål og funktion. Om accepten bliver kommunikeret nonverbalt, gennem ansigtsudtryk og kropssprog, eller verbalt synes ikke vigtigt med udgangspunkt i opgavens to studier – blot, at den er til stede.

I forbindelse med ophold på midlertidige plejehjemspladser – som oftest er et kort ophold på under 8 uger – kommer man imidlertid ikke uden om, at relationen vil være sårbar, og tilliden, respekten og accepten oftest vil være forceret. Det, observationsstudiet indikerede var, at jo længere SSA havde kendt BB, jo mere ekspressiv berøring udførte hun. Bush beskriver netop dette – at længden på relationen har betydning for nærheden (Bush, 2001). Når PP har et kendskab til BB har hun også bedre forudsætninger for give berøringer, der giver mening og uden at være grænseoverskridende – og uden at have et instrumentelt formål.

I litteraturen er der enighed omkring, at den form for berøring, der er nemmest for BB at rumme og acceptere, og som opleves mindst grænseoverskridende, er instrumentel berøring indenfor socialzonen. Der er imidlertid to typer af berøring, som litteraturen peger på kan virke grænseoverskridende for BB.

For det første, kan det virke grænseoverskridende, når der berøres med ekspressiv berøring i de øvrige zoner for eksempel ved berøring i ansigtet, når der gives et kram, eller der lægges en arm omkring skulderen på BB. Her er der uoverensstemmelse med observationerne i observationsstudiet. I observationsstudiet blev det registreret, at SSA, inden hun aer BB på kinden eller giver BB et kram, har en accept fra BB. En accept som hun primært får gennem den nonverbale kommunikation. Herigennem ser det ud som om, at SSA sikrer, at relationen til den pågældende BB er både tryk og tillidsfuld, inden hun berører. BB reaktion indikerer samtidig i alle tilfælde, at BB nyder berøringen og herunder får BB til at smile. Observationsstudiet peger således på, at den ekspressive berøring i Danmark, sammenholdt med de internationale studier, opleves mere positivt, og at området for berøring, hvor den ekspressive berøring har en positiv effekt, er mere omfattende.

For det andet peger litteraturen på at instrumentel berøring i de andre zoner end socialzonen, både i samtykke-, sårbarheds- og intimzonen ligeledes kan virke grænseoverskridende. At BB imidlertid eksempelvis lader sig vaske af et andet menneske og accepterer denne situation kunne tilskrives accept af det, som Mattiasson og Hemberg kalder 'Forceret intimitet' – når en BB har brug for hjælp til noget, som BB ikke kan klare selv (Mattiasson & Hemberg, 1998). Denne opgave er af begrænset omfang, og derfor er der ikke gået i dybden med BB oplevelse af berøring – for eksempel i form af et interview. Dermed er forståelsen af BB udtryk og kropssprog udelukkende fortolkede data fra mine observationer. Disse observationer peger på, at der selvfølgelig var form for stiltiende accept af, at de havde brug for hjælp, men samtidig pegede de også på en synlig taknemmelighed for at få hjælpen. Denne betragtning kan perspektiveres yderligere ud fra A. Antonovsky og teorien om OAS.

*Begribelighed:* Hvis BB oplever at forstå berøringen og se en sammenhæng mellem den og det, der ellers sker i rummet omkring ham, for eksempel hvis den passer til det PP verbalt udtrykker, vil BB opleve at have en høj begribelighed (Antonovsky, 2014).

*Håndterbarhed:* Hvis BB oplever, at kunne leve op til de krav berøringen stiller og det, der verbalt udtrykkes, vil BB opleve at have en høj håndterbarhed. Denne håndterbarhed handler om, at der skal være overensstemmelse mellem indre og ydre krav og behov. Et eksempel på hvor

håndterbarheden kunne være lav er hvis PP vækker en BB ved at berøre armen kan BB opleve berøringen som ubehagelig hvis BB ikke ønsker at stå op men sove længe (Antonovsky, 2014).

*Meningsfuldhed:* Hvis BB oplever, at den berøring han "påføres" giver mening ikke kun i forhold til formålet med berøringen men også i den pågældende relation, som BB har til den pågældende PP. Hvis den måde PP berører ham på er meningsfuld i den unikke interaktion og relation de deler med hinanden den dag. (Antonovsky, 2014)

Hvis BB oplever en høj grad af alle tre komponenter vil BB have en stærk oplevelse af sammenhæng, og BB vil derfor med stor sandsynlighed opfatte berøringen positivt og anerkendende (Antonovsky, 2014).

Denne opgaves observationsstudie kan altså indikere, at det danske PP i højere grad lykkes med at skabe sammenhæng, end det er tilfældet i de internationale studier.

## 5.5 Plejepersonalets rolle

Hvis vi tager udgangspunkt i PP, er der enighed mellem litteraturen og observationsstudiet omkring, hvad denne rolle indebærer og fordrer. I forhold til den praktiske del, er der overensstemmelse omkring, at initiativet til berøring oftest eller altid kommer fra PP. Dette er dog ikke ensbetydende med, at PP ikke berøres, dette sker dog oftest som en reaktion på PP egne berøringer. Litteraturen siger, at PP gerne vil have disse berøringer tilbage fra BB, og at det blandt andet gør PP glattere for deres arbejde – at de føler sig værdsat. I observationsstudiet så jeg blandt andet, at SSA blev meget glade, når BB anerkendte dem, hvad enten det var gennem berøring eller verbalt.

Når man går på arbejdet bør man først og fremmest være professionel, men man kan ikke undgå at have sin personlighed med. Man er påvirket af sin baggrund, sin alder og sin kultur osv. Man har holdninger, grænser og ideer, som man tager med på arbejdet (Møller, 2014). Og det at røre ved andre mennesker ligger blandt andet som en del af personligheden – rører man meget ved andre mennesker, eller gør man ikke (Bush, 2001). Pointen er, at for nogen kan det være grænseoverskridende at berøre andre mennesker og give fremmede knus og kram, for andre er berøring noget naturligt – noget man ikke tænker over. Følger vi konsekvenserne af denne pointe, vil der kunne opstå en konflikt mellem det, som den professionelle rolle kræver af PP og PP personlighed. Men at placere personligheden som eneste faktor synes også at være for reducerende. Derfor bringes Antonovskys teori på banen igen – men denne gang i forhold til PP. Hvis PP har en forståelse af, hvorfor berøring er vigtig for BB – forstår effekten og kan se en sammenhæng mellem berøring og evnen til at påvirke BB livskvalitet positivt, ville det kunne give PP en høj grad af det, som Antonovsky kalder *Begribelighed*. *Håndterbarhed* handler om, at PP kan leve op til de "krav", som BB stiller med udgangspunkt i aktuelle behov, og at PP oplever at have de rette kompetencer til at møde disse krav/behov. Den sidste komponent er *meningsfuldhed*. Hvis PP oplever, at det giver mening at berøre BB både i forhold til den enkeltes velvære men også i forhold til at PP selv – at det giver mening på et følelsesmæssigt plan, hvor det er værdt at investere tid og energi i, vil PP opleve en meningsfuldhed, som kan motivere PP til forsat at have

fokus på berøring som en væsentlig del af plejen (Antonovsky, 2014). Med udgangspunkt i Antonovsky kan der altså peges på en anden mulig væsentlig faktor for, hvad der kan betyde noget for PP anvendelse af berøring i plejen. Samtidig peges der på en faktor, som kan arbejdes med på et organisatorisk plan med væsentlig større potentiel effekt, end hvis man skulle arbejde på individniveau blandt plejepersonalet. Idet vi tidligere i diskussionen er stødt på nogle væsentlige forskelle mellem den internationale litteratur og observationsstudiet, må diskussionen omkring sammenhæng samtidig vække en nysgerrighed i forhold til, om nogle af disse forskelle vil kunne forklares med, hvordan berøring i øvrigt er placeret som en mere eller mindre eksplicit del af plejeopgaven i et givent land.

## 6. Konklusion

I dette sidste kapitel vil jeg svare på hvordan berøringen foregår mellem plejepersonalet og beboerne på et plejecenter i Danmark i 2017 sammenholdt med andre lignende studier af international karakter. Dette vil jeg gøre ved indledningsvis at præsentere en delkonklusion på hver af de fire fokuspunkter: Kategorisering af berøringen, hvordan der berøres, hvordan beboerne oplever berøringen og plejepersonalets rolle. Herefter vil jeg i en afrundende konklusion

### 6.1 Delkonklusion - Kategorisering af berøring

Samlet set peger ovenstående på, at berøringen mellem PP og BB i forhold til kategoriseringen er karakteriseret ved, at størstedelen af den berøring, der foregår, såvel internationalt som på et dansk plejecenter, er instrumentel.

Imidlertid giver de internationale studier indtryk af, at der er en del berøringer, der kan være svære at kategorisere, og ovenstående diskussion af opgavens observationsstudie påpeger, at det ikke nødvendigvis giver mening i en dansk kontekst at differentiere mellem instrumentel og ekspressiv berøring – ikke mindst fordi den instrumentelle berøring i en dansk kontekst synes at bidrage mere positivt til BB trivsel, end det er tilfældet i de internationale studier. Heraf opstår spørgsmålet, om det i en dansk kontekst kunne være mere meningsfuldt at se på omfanget af berøring end typen. En mindre kategorisk opdeling af berøringen kunne muligvis i den sammenhæng facilitere et højere fokus på de psyko-/sociale faktorer omkring berøring.

Desuden adskiller opgavens observationsstudie sig ved at konkludere, at størstedelen af ekspressive berøring finder sted i starten af interaktioner mellem PP og BB, hvor de internationale peger på, at den er placeret i slutningen – hvilket kunne tolkes som om, at den ekspressive berøring i en dansk kontekst primært har en forebyggende karakter, mens den i de internationale studier har en reparerende/genetablerende karakter.

### 6.2 Delkonklusion – Hvordan berører SSA

Samlet set peger ovenstående på, at berøring, såvel i Danmark som internationalt, hovedsageligt foregår med flad hånd, og at instrumentel berøring kan virke mere mekanisk og foregår med hurtigere bevægelser end ved ekspressive berøringer.

Desuden peger såvel litteratur – som observationsstudie på, at øjenkontakten mellem BB og PP spiller en væsentlig rolle i forhold til facilitering af berøringen. På samme måde forholder det sig med den verbale kommunikation, der imidlertid synes at have to forskellige formål alt efter typen af berøring. Ved instrumentel berøring formidler den verbale kommunikation primært grænser og formål, hvorimod den ved ekspressiv berøring er af mere personlig og anerkendende karakter.

Observationsstudiet viste desuden, at hud-mod-hud kontakt forekom såvel i forbindelse med ekspressiv som instrumentel berøring. Imidlertid beskæftiger de internationale studier sig ikke direkte med hud-mod-hud kontakt, og det er uklart på baggrund af observationsstudiet om det danske PP er bevidst om vigtigheden af hud-mod-hud kontakt endsige gør sig overvejelser om denne. Det er således muligt, at mængden af hud-mod-hud kontakt i forbindelse med den instrumentelle berøring kan øges, uden at dette vil konflikte med kliniske retningslinjer.

### 6.3 Delkonklusion – Beboerens oplevelse af berøring

Omfanget af berøring, og hvem der modtager berøringen er ifølge litteraturen også bestemt af køn, hvor både køn for PP og BB har betydning. Denne betydning har observationsstudiet ikke kunnet konstatere. Der har ikke været udført observation af mandligt PP, men de kvindelige SSA, der blev observeret på, syntes at have fokus på BB behov frem for køn.

Sammenligningen og diskussionen af de to studier peger på, at den ekspressive berøring i Danmark, sammenholdt med de internationale studier, opleves mere positivt, og at området for berøring, hvor den ekspressive berøring har en positiv effekt, er mere omfattende.

Litteraturen peger på at instrumentel berøring i andre zoner end socialzonen, ligeledes kan virke grænseoverskridende. Dette virker ikke til at være tilfældet i opgavens observationsstudie. Dette kan med udgangspunkt i Antonovskys teori om sammenhæng indikere, at det danske PP i højere grad lykkes med at skabe sammenhæng i plejen og relationen, end det er tilfældet i de internationale studier.

### 6.4 Delkonklusion – Plejepersonalets rolle

Både litteratur- og observationsstudiet peger på, at initiativet til berøring altid eller oftest kommer fra PP. Der er også sammenfald mellem de to i forhold til, at berøring og verbale komplimenter fra BB til PP har en positiv indvirkning på PP.

Litteraturen peger på PP personlighed – herunder personlige grænser - som en afgørende faktor i forhold til, hvorledes PP kan anvende berøring i plejen. Med udgangspunkt i Antonovskys teori kan der imidlertid peges på, at en anden væsentlig faktor også kan være PP oplevelse af sammenhæng i forbindelse med berøring som en del af plejeopgaven. Og der peges i øvrigt på, at nationale forskelle i oplevelsen af sammenhæng mellem berøring og plejeopgaven kan være en afgørende faktor i forbindelse med de forskelligheder, som jeg i øvrigt er stødt på i opgaven.



## 6.5 Afrundende konklusion

Forsøget i denne Masteropgave var at finde ud af, hvordan berøringen mellem PP og BB på et dansk plejecenter i 2017 foregår sammenholdt med andre studier af international karakter. Jeg mener som udgangspunkt, at problemformuleringen gennem diskussionen af litteraturstudiets og observationsstudiets fund er besvaret.

Besvarelsen af problemformuleringen har imidlertid været udfordret af, at den skarpe inddeling i instrumentel og ekspressiv berøring ikke synes at passe ind i en dansk kontekst i 2017, og at litteraturen ikke synes at opleve hud-mod-hud kontakt som en væsentlig parameter på linje med nogle af de øvrige karakteristika.

Der påhviler PP et stort ansvar – også når det kommer til berøring. Denne Masteropgave har endnu en gang sat fokus på, at berøring er et alment menneskeligt behov, og at det er en kompleks størrelse, som bliver påvirket af mange faktorer. En væsentlig udfordring er, som jeg allerede var inde på i opgavens indledning, at berøring oftest bliver et tabu, fordi det kodes sammen med seksualitet og intimitet og ikke som et plejende instrument med et healende og omsorgsfuldt sigte.

## 7. Metodekritik

I dette kapitel tages der stilling til valg af metode set i forhold til fundenes validitet, reliabilitet og muligheden for generaliserbarheden af data.

I forhold til validiteten af data mener jeg at have fundet svar på det, jeg ønskede. Hele vejen gennem processen er der taget udgangspunkt i problemformuleringen, og de temaer der opstod herfra. Man kunne med fordel have anvendt interview som metode for herigennem at have valideret observationerne.

Observationsskemaet viste sig brugbart og pålideligt såvel under observationerne som under behandlingen af data. Imidlertid viste studiet sig begrænsende med henblik på at kunne dokumentere kønnets indflydelse på berøring. Derudover satte jeg gennem hele processen min forforståelse i spil, og jeg har ikke umiddelbart været styret af forudindtagede ideer og fordomme, hvilket også har styrket validiteten (Raudaskoski, 2010). I forhold til reliabilitet har den forudgående information til de SSA, der blev observeret, været minimal, hvorfor deres ageren må forventes at have været så tæt på vanlig adfærd som muligt (Raudaskoski, 2010). Derudover mener jeg at kombinationen mellem litteraturstudiet og observationsstudiet er med til at højne reliabiliteten af data (Raudaskoski, 2010).

I forhold til observationsstudiets generaliserbarhed er det rimeligt at indvende at studiet ikke har en størrelse der retfærdiggør at data kan generaliseres til at gælde for hele Danmark. Men umiddelbart er dette studie det eneste danske studie med dette fokus, og ingen af observationerne er i grundlæggende konflikt med den forforståelse jeg bragte ind i undersøgelsen.

## 8. Referencer

- Adomat, R. & Killingworth, A., 1994. Care of the critically ill patient the impact of stress on the use og touch in intensive therapy units. *Journal of Advanced Nursing*, Issue 19, pp. 912-922.
- Antonovsky, A., 2014. Begrebet "oplevelse af sammenhæng". I: *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 33-50.
- Barnett, K., 1972. A survey of the current utilization of touch by health team personnel with hospitalized patients. *International Journal of Nursing Studies*, Issue 9, pp. 195-209.
- Bretschneider, J. & McCoy, N., 1988. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Archives of Sexual Behavior*, April, 2(17), pp. 109-129.
- Brinkmann, S., 2015. Etik i en kvalitativ verden. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard, red. *Kvalitative metoder*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 429-445.
- Bush, E., 2001. The use of human touch to improve the well-being of older adults. *Journal of holistic nursing*, September, pp. 256-270.
- Butts, J., 2001. Outcomes of comfort touch in institutionalized elderly female residents. *Geriatric nursing*, 22(4), pp. 180-184.
- Campbell, A., Ruffman, T., Murray, J. E. & Glue, P., 2014. Oxytocin improves emotion recognition for older males. *Neurobiology of aging*, 21 04, pp. 2246-2248.
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A. & Bensing, J. M., 1999. Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 4(29), pp. 808-818.
- Central enhed for infektionshygiejne, 2017. *Nationale infektionshygiejniske retningslinjer*, København: Statens Serum Institut.
- Cruz, E. & Higginbottom, G., 2013. The use og focused ethnography in nursing research. *Nurse Researcher*, 4(20), pp. 36-43.
- Den Danske Ordbog, 2015. *Den danske ordbog*. [Online]  
Available at: <http://ordnet.dk/ddo>  
[Senest hentet eller vist den 9 Januar 2016].
- Gleeson, M. & Timmins, F., 2004. The use of touch to enhance nursing care of older people in longterm mental health care facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Issue 11, pp. 541-545.
- Graugaard, C., Klarlund Pedersen, B. & Frisch, M., 2015. *Seksualitet og sundhed*, København: Vidensråd for forebyggelse.
- Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P., 2006. Krop, sygdom og seksualitet. I: C. Graugaard, B. Møhl & P. Hertoft, red. *Krop, sygdom og seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 9-19.

- Henriksen, L., 2010. *Kristeligt-dagblad.dk*. [Online]  
Available at: [www.kristeligt-dagblad.dk/dankark/flere-aeldre-lever-i-edomhed](http://www.kristeligt-dagblad.dk/dankark/flere-aeldre-lever-i-edomhed)  
[Senest hentet eller vist den 8 Januar 2016].
- Huffmeijer, R., H. van IJvendoorn, M. & J. Bakermans-Kranenburg, M., 2012. Ageing and Oxytocin: A call for extending human oxytocin research to ageing populations - A mini-review. *Gerontology*, 24 8, pp. 32-39.
- Joost, M.-B., 2016. Et aktivt sexliv hele livet. I: L. S. Thomasen, red. *At skabe gode dage - Hverdagsliv i et gerontologisk perspektiv*. Gråsten: Dansk Gerontologisk Selskab, pp. 55-63.
- Kvale, S., 1997. Analysemetoder. I: *Intervie. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 192-199.
- Lane, P., 1989. Nurse-client perceptions the double standard of touch. *Mental Health of Nursing*, Issue 10, pp. 1-13.
- Langeland, R. & Panicucci, C., 1982. Effects of touch on elderly confused clients. *Journal of Gerontological Nursing*, Issue 8, pp. 152-155.
- Laub, S. C. & Christensen, M. N., 2016. *Kommunikationsforum*. [Online]  
Available at: <http://www.kommunikationsforum.dk/artikler/Hudsult-vi-roerer-for-lidt-ved-hinanden->  
[Senest hentet eller vist den 03 04 2017].
- Mahieu, L. & Gastmans, C., 2014. Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 19 December, pp. 1891-1905.
- Mattiasson, A.-C. & Hemberg, M., 1998. Intimacy - Meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: What is a good moral attitude on the part of the nurse/carer?. *Nurs Ethics*, 5 november, pp. 527-534.
- McCann, K. & McKenna, H., 1993. An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, Issue 18, pp. 838-846.
- Morris, D. et al., 2014. Analysis of touch used by occupational therapy practitioners in skilled nursing facilities. *Occupational therapy international*, 21(3), pp. 133-142.
- Møhl, B., 2003. Attachment - En introduktion. *Psyke og Logos*, pp. 477-484.
- Møhl, B., 2010. Seksualitet når vi bliver ældre - ikke færdig med fyrrer. I: *Ældres seksualitet & kærlighedsliv - tabuer, myter & viden*. Svendborg: ÆldreForum, pp. 15-23.
- Møller, L., 2014. Privat og professionel - det samme menneske. I: *Professionelle relationer*. København: Akademisk forlag, pp. 187-201.
- Nielsen, S. M., 2009. *Politikken*. [Online]  
Available at: [www.politikken.dk/indland/ECE749703/aeldre-pa-plejehjem-foeler-sig-ensomme/](http://www.politikken.dk/indland/ECE749703/aeldre-pa-plejehjem-foeler-sig-ensomme/)  
[Senest hentet eller vist den 8 Januar 2016].

- Oliver, S. & Redfern, S., 1991. Interpersonal communication between nurses and elderly patients: refinement of an observation schedule. *Journal og Advanced Nursing*, Issue 16, pp. 30-38.
- Picco, E., Santoro, R. & Garrino, L., 2010. Dealing with the patient's body in nursing: Nurse's ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry*, 17(1), pp. 38-45.
- Porter, L., Redfern, S., Wilson-Barnett, J. & Le May, A., 1986. The development of an observation schedule for measuring nurse-patient touch, using an ergonomic approach. *International Journal of Nursing Studies*, 1(23), pp. 11-20.
- Raudaskoski, P., 2010. Observationsmetoder (herunder videoobservation). I: S. Brinkmann & L. Tanggaard, red. *Kvalitative metoder En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 81-95.
- Rigshospitalet, 2015. [www.rigshospitalet.dk](http://www.rigshospitalet.dk). [Online]  
Available at: <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/neonataalklinikken/undersogelser-og-behandling/Sider/nidcap.aspx>  
[Senest hentet eller vist den 05 04 2017].
- Routasalo, P., 1996. Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal og Advanced Nursing*, Issue 23, pp. 904-911.
- Routasalo, P. & Isola, A., 1998. Touching by skilled nurses in elderly nursing care. *Scand J Caring Sci*, 12, pp. 170-178.
- Routasalo, P. & Lauri, S., 1998. Expressions og touch in nursing older people. *European Nurse*, 3(2), pp. 95-104.
- Routasalo, P., Savikko, N., Tilvis, R. S. & Strandberg, T. E., 2006. Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - A population-based study. *Gerontology*, Issue 52, pp. 181-187.
- Rønn, C., 2006. Videnskabsteorier med afsæt i individ og humanvidenskaber. I: *Almen videnskabsteori for professionsuddannelserne*. København: Alinea Egmont, pp. 177-206.
- Sekretariatet for Referenceprogrammer, 2004. *Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer*, København: Sundhedsstyrelsen.
- Simpson, P., 2016. Sexuality and intimacy among care home residents. *Macmillan Journals*, 10(112), pp. 14-16.
- Sundhedsstyrelsen, 2012. *Forebyggelsespakken Seksuel Sundhed*, København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen, 2016. *Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp*, København: Sundhedsstyrelsen.
- Thisted, J., 2009. Den humanvidenskabelige tradition. I: *Forskningsmetode i praksis. Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard, pp. 48-64.
- Tobberup, R., 2016. *Sundhed.dk*. [Online]  
Available at:  
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/kost/moerk-chokolade->

sundt-for-hjertet/

[Senest hentet eller vist den 21 4 2017].

TV2-nyhederne, 2017. *Nyhederne TV2*. [Online]

Available at: <http://nyheder.tv2.dk/samfund/2017-01-17-plejehjem-bekaemper-hudsult-jeg-er-saadan-et-krammedyr>

[Senest hentet eller vist den 27 03 2017].

Uvnäs Moberg, K., 2006. *Afspænding, ro og berøring - om oxytocins lægende vidkning i kroppen*. 1. udgave red. København: Akademisk forlag.

Wahl-Brink, D., Olesen, M. S. & Dige Larsen, C., 2012. *Ældre og ensomhed - hvem, hvorfor og hvad gør vi?*, Aarhus: Marselisborg - Center for udvikling, kompetencer og viden.

Watson, W., 1975. The meaning of Touch: Geriatric nursing. *Journal of Communication*, 25(3), pp. 104-112.

Weiss, S., 1979. The language of touch. *Nursing Research*, 2(28), pp. 76-79.

WHO, 2006. [www.who.int](http://www.who.int). [Online]

Available at: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

[Senest hentet eller vist den 05 04 2017].

World Medical Association, 2000. *WHO - Declaration of Helsinki*. [Online]

Available at: [http://www.who.int/bulletin/archives/79\(4\)373.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(4)373.pdf)

[Senest hentet eller vist den 27 4 2017].

---

<sup>1</sup> <http://rootwholebody.com/power-of-touch>. Billede hentet d. 24.03.2017 på google ved søgning på "touch"+"elderly"

<sup>2</sup> Dette er udsøgt både på Google samt diverse videnskabelige databaser som Cinahl og PubMed.

<sup>3</sup> frit oversat fra instrumental touch

<sup>4</sup> frit oversat fra expressiv touch

<sup>5</sup> Frit oversat fra procedural touch

<sup>6</sup> Frit oversat fra non-necessary touch

<sup>7</sup> Frit oversat fra affective

<sup>8</sup> Frit oversat fra work/task

<sup>9</sup> Frit oversat fra caring/social

<sup>10</sup> I dette tilfælde sygeplejersker

<sup>11</sup> Dette skete i 42% af situationerne med mandlige patienter og i 58% af situationer med en kvindelige patienter.

<sup>12</sup> En gengivelse og sammensætning af tegninger fra artiklen skrevet af Routasalo lavet af Louise Gorell Mackenhauer kun til brug i denne Masteropgave.

<sup>13</sup> En somatisk afdeling på dette pågældende plejecenter er en fast plads ikke kategoriseret som en demensplads.

<sup>14</sup> En midlertidig afdeling på dette pågældende plejecenter er en aflastningsafdeling hvor beboerne oftest opholder sig i maksimalt 8 uger.