

“Jaså hon kan prata också”

En kvalitativ studie om handdockan som metodiskt tillvägagångssätt och hjälpmedel i bemötandet av personer med demens

Jennie Stolpe

Examensarbete för socionom (YH) -examen

Utbildningen för sociala området

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Jennie Stolpe
Utbildning och ort: Socionom, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Invandrararbete och metodik
Handledare: Pia Höglund-Ingo & Ralf Lillbacka

Titel: "Jaså hon kan prata också" – En kvalitativ studie om handdockan som metodiskt tillvägagångssätt och hjälpmedel i bemötandet av personer med demens

Datum 15.3.2019

Sidantal 31

Bilagor 2

Abstrakt

Detta arbete beskriver handdockan som metodiskt tillvägagångssätt och hjälpmedel för omsorgspersonal i bemötandet av personer med demens. Arbetet behandlar frågan "Hur kan handdockan vara till hjälp för omsorgspersonal i bemötandet av personer med demenssjukdom och på vilka sätt kan den stöda individen psykiskt, fysiskt och socialt?".

Undersökningen gjordes i form av deltagande observationer mellan handdocka och informanter vilka hade någon typ av demenssjukdom. Resultatet av undersökningen visar att handdockan kan vara ett hjälpmedel som ökar möjligheterna för omsorgspersonal att nå fram till personer med demens för att kunna stöda dem psykiskt, fysiskt och socialt. Att ha goda sociala anknytningar är avgörande för att ha en god hälsa. Handdockan kan genom dess sårbarhet bidra till bättre anknytningar.

Språk: Svenska

Nyckelord: Handdocka, demens, hälsa, omsorg

BACHELOR'S THESIS

Author: Jennie Stolpe
Degree Programme: Social Welfare, Vaasa
Specialization: Migration work and methodology
Supervisors: Pia Höglund-Ingo & Ralf Lillbacka

Title: "Oh, so she can also speak"- a qualitative research about the use of glove puppets as a methodological way and tool for care workers in the caring for people suffer from dementia diseases

Date 15.3.2019

Number of pages 31

Appendices 2

Summary

This research describes the way of using glove puppets as a method and tool for care workers who's caring for people with dementia diseases. The research question is "How can the glove puppet be a helpful tool for care workers in the meeting of people suffering from dementia diseases and in what ways can it support the individual mentally, physically and socially?"

The research was made through participation observations to analyse the informant's reactions towards the glove puppet whereas the informant had a dementia disease.

The results show that the glove puppet can be a tool that broaden the possibilities for care workers to get a better connection to the people with dementia diseases, in order to also support their mental, physical and social health. Social connections are the constitutes the essential element in order to have a good health. It has shown that the glove puppet can, through its vulnerability contribute to better connections.

Language: Swedish

Key words: Glove puppet, dementia, health, care

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte och forskningsfråga	2
3	Teoretiskt perspektiv	3
3.1	Hälsa	3
3.1.1	Fysisk hälsa	4
3.1.2	Social hälsa (socialt välbefinnande)	5
3.1.3	Psykisk hälsa	5
3.1.4	Sammanfattning	6
3.2	Demens	7
3.2.1	Symptom	8
3.2.2	Hälsorisker	8
3.3	Handdockan som metod	10
3.3.1	Handdockan som pedagogiskt hjälpmedel	10
3.3.2	Handdockan som hjälpmedel inom demensvård	11
4.	Undersökningens genomförande	12
4.1	Kvalitativ metod	12
4.2	Observation	12
4.2.1	Val av observationsmetod	12
4.2.2.	Praktiskt tillvägagångssätt	14
4.3	Val av informanter	15
4.4	Handdockan	16
5.5.1	Samtycke	16
4.5.2	Konfidentialitet	19
4.6	Analysmetod	19
5	Resultatredovisning	21
5.1	Hur kan handdockan stöda individen psykiskt?	21
5.1.1	Glädje	21
5.1.2	Tillfredsställelse	22
5.1.3	Intresse	22
5.1.4	Omsorg	23
5.2	Hur kan handdockan stöda individen fysiskt?	23
5.2.1	Beröring	24
5.2.2	Rörelseförmåga	25

5.2.3	Erbjuda aktiviteter	25
5.3	Hur kan handdockan stöda individen socialt?	25
5.3.1	Sårbarhet.....	26
5.3.2	Bryta sociala strukturer.....	27
5.4	Övriga iakttagelser	27
5.4.1	Multisensorisk respons	27
5.4.2	Hur kan handdockan prata?.....	28
5.4	Slutsats	29
6	Kritisk granskning och slutdiskussion	29
	Källförteckning.....	32
	Finlands författningssamling	35

Bilagor

Bilaga 1, anhållan om forskningslov

Bilaga 2, anhållan om samtycke

1 Inledning

”Idag har jag med mig en docka. Får jag ta fram och visa den?”. Den frågan har jag ställt många gånger under de senaste 2 åren till många olika klienter då jag har vikarierat i hemvården. Klienterna brukar bli lite fundersamma eller rycka på axlarna och svara ”visst får du det.”. När jag sen har hämtat dockan och bär in den som ett barn i min famn och dockan, som är så blyg, håller handen framför ögonen, brukar klienten bli fascinerad över hur stor den är och fråga om jag har sytt den själv. Då jag sedan har satt mig ned och dockan efter en stund fattar mod till att ta bort handen från sitt ansikte och säger ”hej”, brukar klienten bli helt fängslad. Och på så vis har en dörr öppnat sig. Genom handdockan kan jag som vårdare få se många andra sidor hos klienten än de jag tidigare har sett.

År 2014 fick jag min examen i barn- och familjearbete. I utbildningen lärde vi oss olika sätt att stöda barn till att utveckla deras uttrycksförmåga och en metod var att använda sig av handdockor. Handdockor har visat sig vara ett bra kommunikationsverktyg inom förskolepedagogiken för att den vuxne lättare ska kunna nå fram till barnet (Hultgren, 2016, s.11–12). En gång kom en försäljare/föreläsare från Sverige och presenterade Kumquatsdockan eller ”klappmaulpuppen” och visade hur den kunde användas. Många bland oss studeranden blev fascinerade och köpte egna dockor och tillsammans åkte vi sedan runt till lågstadieskolor och daghem och höll dockföreläsningar. Barnen uppskattade föreläsningarna och efteråt fick de alltid möjlighet att komma fram och prata med dockorna.

Kumquatsdockan är relativt stor och styrs genom att hålla antingen båda händerna i dockans händer, eller ena handen i dockans mun och andra i dockans hand. Dockan har ett väldigt tilltalande ansikte, den har ett stort huvud, ögonen sitter tätt och munnen är stor, vilket gör att dockans ansiktsuttryck blir effektfulla. Min handdocka har inte bara tilltalat barn utan förvånansvärt också vuxna, släkt och vänner. I mötet med handdockan är det som om personen lever sig in i fantasin och tycks glömma eller förbise att dockan styrs av någon annan.

För några år sedan började jag vikariera i hemvården och efter att jag hade jobbat en tid fick jag idén att ta med mig handdockan till klienterna. Situationerna som har uppstått och

den reaktion och respons som handdockan har fått hos klienterna är svåra att beskriva. Jag anser att handdockan har gjort större intryck bland de äldre i hemvården än med barnen i skolorna och daghemmen. En del klienter har blivit så känslomässigt rörda att de har börjat gråta, omfamnat dockan som sitt eget barn och ibland försökt mata den. Andra har utvecklat en typ av vänskapsrelation med dockan där klienten leder diskussionen på ett fantasifullt sätt. Det är svårt att sätta fingret på vad, hur och varför handdockan har varit så uppskattad av många klienter, men det som har fascinerat mig mest är hur en del har verkat tro, eller "fallit in" för eller kanske t.o.m. valt att se handdockan som en levande varelse och t.ex. frågat mig om det är mitt eget barn. I de flesta av fallen där sådana reaktioner har uppstått har klienten haft någon typ av demenssjukdom.

Allt fler människor drabbas idag av demenssjukdom, till följd av att människor lever längre och eftersom det har blivit lättare att ställa diagnos (Vad är demens, 2014). WHO pointerade år 2012 (s.12) att trots att allt fler drabbas av demenssjukdom, finns det bristfällig förståelse för sjukdomen vilket leder till rädsla och stigmatisering, som i sin tur leder till att många insjuknade lever i social isolering och drar sig för att söka hjälp. Bland WHO's (2012, s.8.) stadgade målprinciper för demensvården är en punkt att optimera fysisk hälsa, kognition, aktivitet och välbefinnande. Många med demenssjukdom lever enligt Astles (2014, s.87) socialt isolerade, inkapabla till att bestämma över sina liv och det som är meningsfullt för dem ligger ofta i deras förflutna. Forskning har visat på att användningen av handdockspel hos personer med demenssjukdom kan resultera i att personen känner samhörighet och mening (Astles, 2014, s.98).

2 Syfte och forskningsfråga

Syftet är att beskriva handdockan som metodiskt tillvägagångssätt och hjälpmedel i bemötandet av personer med demens. Orsaken till att jag har valt att specificera mig på personer med demenssjukdom är delvis för att avgränsa mitt arbete och för att se hur det kommer sig att personer med demens reagerar på handdockan på de sätt jag beskrev i inledningen, men också för att öka förståelse och kunskap för vad demenssjukdom innebär och vilka symptom som sjukdomen medför.

Handdockan som metodiskt tillvägagångssätt kan möjligtvis vara en metod som kan användas bland omsorgspersonal för att nå några av WHO's (2012, s.8) målprinciper inom demensvården, dvs. att optimera fysisk hälsa, kognition, aktivitet och välbefinnande. Jag har ofta sett frustration uppstå hos personal i samband med omsorgen av klienter med demenssjukdom och jag har en uppfattning om att personer med demens inte får den tillfredsställande omsorg de är i behov av. Det finns ett stort behov av att erbjuda en vård och omsorg av kvalitet för personer med demenssjukdom (Astles, 2014, s. 87). Förhoppningsvis kan detta arbete vara inspirerande och användbart för de som intresserar sig för handdockan som metod och för de som på ett eller annat sätt kommer i kontakt med personer med demens för att stöda deras psykiska, fysiska och sociala hälsa.

Detta arbete kommer att behandla frågan ”Hur kan handdockan vara till hjälp för omsorgspersonal i bemötandet av personer med demenssjukdom och på vilka sätt kan den stöda individen psykiskt, fysiskt och socialt?”. För att kunna besvara forskningsfrågan följer nedan teoretisk bakgrund kring hälsa, demens och handdockan som metod.

Med omsorgspersonal avses i detta arbete personal som arbetar inom äldreomsorgen och stöder och hjälper klienter med deras vardagliga sysslor, ger dem omvårdnad och tillsyn. Att vara sårbar innebär att vara lätt mottaglig för fysisk, emotionell, mental smärta eller att bli influerad eller attackerad av något (Cambridge Dictionary, u.å.).

3 Teoretiskt perspektiv

3.1 Hälsa

Vad är hälsa? Begreppet hälsa är väldigt omfattande och kan ha olika betydelser i olika sammanhang. Katie Eriksson (1991) menar att det är ett evighetsproblem att hitta en tillfredsställande definition för hälsa. För 70 år sedan kom i alla fall WHO (1948) ut med definitionen: ”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning”. Definitionen

har dock fått mycket kritik, dels för att den innehåller den starka formuleringen ”fullkomligt välbefinnande”, men den har ändå inte omformulerats. Machteld Huber (tillsammans med sina kollegor, 2011, s.1–3) föreslår att tonvikten på definitionen av hälsa borde vara ”förmåga att anpassa sig och klara av psykiska, fysiska och sociala utmaningar”.

Idag är det dock mycket vanligt att termen ”välbefinnande” används i hälso-sammanhang med/och i stället för ”hälsa” (Astles, 2014, s.87). Välbefinnandet kan förklaras som att t.sk. från hälsa, vara mera varierande från dag till dag. En person kan alltså ha ett gott välbefinnande och må bra, trots sjukdom (Edberg, 2011, s.227). Följande kapitel kommer genomgå vad som kännetecknas av den fysiska, sociala och psykiska hälsan samt uppta förslag eller metoder som kan stödja till en bättre hälsa. I vissa sammanhang kommer begreppet välbefinnande användas eftersom att det är av stor relevans.

3.1.1 Fysisk hälsa

Fysisk hälsa är ett brett begrepp som kan ha att göra med allt från grava sjukdomar till olika fitness-nivåer. I och med att människors livslängd har blivit längre, har perspektivet på fysisk hälsa ändrats och ses inte endast längre som ett koncept i medicinskt sammanhang. Det finns alltså många element som utgör vad fysisk hälsa är, men de viktigaste är; fysisk aktivitet, näring och kost, användning av alkohol och droger, medicinsk egenvård och vila och sömn. För att ha en god fysisk hälsa borde personen vara fysiskt aktiv dagligen. Förutom vardaglig motion, som kan vara att promenera, borde man också utföra strukturerad träning, t.ex. styrketräning. Det är också viktigt att ha en balanserad kost, att undvika alkohol och droger samt att få tillräcklig med sömn (7-9h/natt). Medicinsk egenvård innebär att ha material nära till hands för akuta situationer, t.ex. bandage. (Kochuta, u.å.).

Forskning har visat att beröring kan ha goda effekter för människors hälsa och välbefinnande. Många äldre har sömnproblem p.g.a. ångest och oro och genom att smörja in personens fötter med lugna rörelser möjliggörs att oxytocin frisätts vilket i sin tur kan göra att personen känner sig road och avslappnad. Handmassage har också visat lindra ångest och ge bättre nattsömn för äldre. I en studie där patienter hade fått handmassage upplevde patienterna att de fick ett avbrott från sin sjukdom och känslor av utsatthet, ensamhet, oro och meningslöshet avtog. De kände närhet, värme och omsorg. För vissa höll känslorna i sig

under en hel dag, medan de för andra bara existerade under själva massagestunden. (Seiger Cronfalk, 2017, s. 28–63)

3.1.2 Social hälsa (socialt välbefinnande)

Att ha en god social hälsa; eller d.v.s. att ha ett gott socialt välbefinnande, omfattas av att känna bekräftelse, sammanhang och tillhörighet i vardagen. Hit hör grundläggande behov som vi har genom hela livet som att känna oss sedda, älskade och betydelsefulla för någon. (Habilitering och hälsa, 2016). ”Social Connection”, alltså mänsklig kontakt/anknytning översatt till svenska, är något som ofta dyker upp i sammanhang som beskriver social hälsa. Emma Seppala, Timothy Rossomando, och James R. Doty (2013, s.428–430). har forskat i hur medkänsla, som en blandning av kärlek och sorg, kan bidra till goda anknytningar, som i sin tur leder till bättre hälsa, välmående och social kompetens.

Brené Brown (2010) har forskat i vad som utgör goda mänskliga anknytningar, vår förmåga att sympatisera, tillhöra och älska. Brown pointerar att mänsklig kontakt är vad som ger meningsfullhet i livet och att nyckeln till goda anknytningar är att våga vara sårbar. Sårbarhet består delvis av skam, rädsla och strävan till värdighet, men det är också där som glädje, kreativitet, sammanhang och kärlek uppstår. Brown menar att det är viktigt att våga vara och känna sårbarhet, för om vi istället avfärdar och bedövar känslan med hjälp av t.ex. alkoholbruk eller perfektionism, så bedövar vi också de positiva känslorna. (Brown, 2010)

3.1.3 Psykisk hälsa

När det kommer till att gå in på definitionen av psykisk hälsa, är det liksom med de andra delarna av hälsa, inte heller så enkelt. Det finns många studier i psykologi som kretsar runt lycka, välmående och huruvida en person kan sägas ha en god psykisk hälsa. En studie gjord av Taylor och Brown (1988, s.203–204) visar, till skillnad från traditionell, psykologisk visdom, att en person som har god psykisk hälsa inte är helt uppmärksam på de mot- och framgångar hen stöter på i sin vardag. Däremot verkar personen ha en förmåga att styra verkligheten i en riktning som främjar personens självkänsla, upprätthåller personens uppfattning om hens effektivitet och stöder till en positiv syn på framtiden. Dessa illusioner

gynnar de vanligaste omtalade kriterierna som markerar god psykisk hälsa, vilka är; förmågan att ta hand om sig själv och andra, förmågan att vara glad eller tillfredsställd och förmågan att engagera sig i produktivitet och kreativt arbete.

Barbara Fredrickson (1998, s. 315) har tagit fram en modell (broaden and build-model) om hur vissa positiva känslor; glädje, intresse, tillfredsställelse och kärlek kan inverka på vårt välmående och hälsa. Hon menar att de positiva känslorna kan bredda människans tanke-handlingsregister där glädje öppnar upp för lek, intresse öppnar upp för utforskande, tillfredsställelse för njutning och sammansmältning och kärlek stöder en återkommande krets av de nämnda begärens. Med hjälp av ett bredare tanke-handlingsregister kan individens personliga resurser såsom fysiska, intellektuella och sociala resurser utvecklas.

3.1.4 Sammanfattning

Så vad är det viktigaste när det kommer till god hälsa? Utifrån den litteratur jag har sammanställt detta kapitel med kunde en kortfattad definiering av hälsa bestå av delarna att ha en bra kost, tillräcklig sömn, daglig fysisk aktivitet, känsla av närhet och mening samt ha en förmåga att se ljus på framtiden. Det som kan ses genomgående i alla tre delarna av hälsa är mänsklig kontakt. I en aspekt på den fysiska hälsan kan beröring, (alltså en typ av mänsklig kontakt) bidra till bättre sömn och stilla smärta (Seiger Cronfalk, 2017, s. 28–63). Vid socialt välbefinnande framhålls behoven att känna sig sedd, älskad och betydelsefull för någon (Habilitering och hälsa, 2016) och vid psykisk hälsa nämns förmågan att kunna ta hand om sig själv och andra (Taylor & Brown, 1988, s.203–204).

Utifrån Machteld Huber's förslag (tillsammans med sina kollegor, 2011, s.1–3) på definitionen av hälsa som är ”förmågan att anpassa sig och klara av psykiska, fysiska och sociala utmaningar” så möjliggörs att en person med ett sjukdomstillstånd kan ha en god hälsa. Till skillnad från den gamla definitionen som WHO kom ut med 1994; ”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning”. Så hur är det när det kommer till personer med demenssjukdom? Hur påverkar symptomen personens hälsa? Kvarstår förmågan att

anpassa sig och klara av psykiska, fysiska och sociala utmaningar? eller finns det hälsorisker? Hur blir det med den mänskliga kontakten?

3.2 Demens

Gruppen av personer med demenssjukdom har blivit större, till följd av att människor lever längre, men också eftersom det har blivit lättare att känna igen symptom och ställa diagnosen demens (Vad är demens, 2014). Trots att allt fler människor drabbas av demenssjukdom, finns det bristfällig förståelse för sjukdomen vilket bidrar till rädsla och stigmatisering. Till följd av stigma lever många insjuknade i social isolering och drar sig för att söka hjälp. (WHO, 2012, s. 4). I västvärlden lever många personer med demenssjukdom isolerade och inkapabla till att bestämma över sina egna liv och det enda som är meningsfullt för dem ligger ofta i deras förflutna. Hälso-organisationer har många gånger påpekat hur nödvändigt det är att ge den vård som behövs för personer som insjuknat i demenssjukdom eftersom att alla borde få leva ett liv med kvalitet. (Astles, 2014, s.87)

I Finland insjuknar omkring 14 500 människor per år i demenssjukdomar (Tarnanen, Rosenvall, Tuunainen, Finska läkaresällskapet, 2017). Idag finns det ungefär 35 000 personer med lindriga minnessjukdomar och 85 000 med åtminstone medelsvåra minnessjukdomar i Finland (Institutet för hälsa och välfärd, 2018). Dödsorsaken pga. demenssjukdomar har mer än dubblats under de senaste 20 åren och år 2010 var demenssjukdomar den tredje största orsaken till dödsfall, efter sjukdomar med cirkulationsorganen och tumörer, enligt statistikcentralen (2011a). Demenssjukdomar utgjorde 12% utav dödsorsakerna år 2010 och innebar 6057 dödsfall och år 2009 dog 5489 personer till följd av demenssjukdom (Statistikcentralen, 2011b). Med tanke på att ca 14 500 personer insjuknar i demenssjukdom varje år och omkring 6000 personer dör pga. sjukdomen håller jag med om det Astles (2014, s. 87) framställde att det finns ett ytterst behov till att erbjuda en vård och omsorg av kvalitet för personer med demenssjukdom. Bland WHO's (2012, s.8) målprinciper för demensvården ingår att optimera fysisk hälsa, kognition, aktivitet och välbefinnande.

3.2.1 Symptom

Så vad är egentligen demens? Demens är ett syndrom som drabbar de kognitiva områden i hjärnan vilket oftast också innebär minnesförsämring. Det finns olika typer av demenssjukdomar såsom Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewy Body demens och frontotemporal demens. Kriterierna för att få en demenssjukdom är att förutom att ha en minnesnedsättning, också en annan försämring på det kognitiva området såsom afasi, apraxi, agnosi eller exekutiva funktioner. (Quinn, 2013, s. 1–20).

Afasi innebär svårigheter att prata, att tolka och förstå vad andra säger, att skriva och att läsa högt (Vårdguiden, 2018). Ett exempel på apraxi är när en person inte har förmågan att hantera kniv och gaffel vid en måltid. Vid agnosi kan personens alla sinnen förvrängas och personen kan ha svårt att tolka sinnesintryck fastän det inte är fel på t.ex. själva synen eller hörseln i sig (Svenskt Demenscentrum, 2017). ”Exekutiva funktioner” är ett samlingsnamn för de funktioner som styrs från frontalloben och bland de viktigaste exekutiva funktionerna finns planeringsförmåga, anpassningsförmåga och hämningsförmåga (Habilitering och hälsa, 2008). Personer som lever med någon typ av demenssjukdom har till följd av dessa symptom svårt att klara av sin vardag på egen hand (Habilitering och hälsa, 2008). Det kan också ses ett samband mellan demenssjukdom och depression, men det är svårt att säga vilket som orsakar vad (Quinn, 2013, s.1–70).

3.2.2 Hälsorisker

Fysiska hälsan

Enligt Kochuta (u.å.) borde en person vara fysiskt aktiv dagligen för att ha en god fysisk hälsa. Även om omsorgspersonal är medveten om hur viktigt det är med dagliga aktiviteter passar de alltför ofta opp sina klienter (i hemtjänsten eller på boenden), vilket stjälpjer snarare än hjälper klientens fysiska hälsa (Abrahamsson, 2003, s. 71–72). Abrahamsson (2003, s.71–72) föreslår att erbjuda följande aktiviteter för personer med demens: bär- och svampplockning, att smaka på frukter, att titta, känna och lukta på mossor,

plocka blommor och att titta, känna och umgås med djur, läsa poesi och dikter, sjunga, promenera, gymnastisera.

Bortfall av beröring

En annan faktor som utgör eventuella risker för den fysiska hälsan är bortfall av beröring. Äldre personer är den grupp som får minst beröring av alla åldersgrupper. Detta är till följd av att personers nära har gått bort, som hen tidigare har fått beröring av (Edberg, 2011, s. 332). Beröring är betydande för att kunna närhet, värme och omsorg (Seiger Cronfalk, 2017, s. 28–63). Omständigheterna när det gäller beröring är inte heller de lättaste när det kommer till demens. Hur är det om det finns anhöriga som är villiga att ge beröring, men personen med demens inte känner igen sina anhöriga och kanske börjar känna sig oförstådd och tom när denne ”okände” t.ex. stryker personen på ryggen? Hur påverkas då personens fysiska, psykiska och sociala hälsa?

Ensamhet

Personer som har insjuknat i någon typ av demenssjukdom upplever ofta att de har tappat sin egen identitet. Detta leder till att personen har svårt i situationer att känna gemenskap eftersom att identitet och gemenskap sammanhänger. Personer med demens lever ofta ”i sitt förflutna” och det är vanligt att de letar efter sina föräldrar (som kanske inte existerar längre). I dessa situationer föreslås att man ska visa förståelse för personens upplevelser och lugnt lirka personen tillbaka till verkligheten. Ifall omgivningen inte visar förståelse för personens situation, leder det ofta till att personen som ”mist sin identitet” känner sig ensam och tom. (Abrahamsson, 2003, s. 62–63)

Detta kan ses som en riskfaktor för personens sociala välbefinnande som innefattar att känna bekräftelse, sammanhang och tillhörighet i vardagen (Habilitering och hälsa, 2016). En annan konsekvens av demenssjukdom är att personens intellektuella förmågan försämras och den känslomässiga förmågan börjar dominera och därmed blir behovet av närhet till anhöriga stort (Habilitering och hälsa, 2016). Dock kan ett hinder för närhet vara att personen som

insjuknat upplever främlingskap till sina anhöriga, men enligt Abrahamsson (2003, s. 63) kan det vara bra att fråna från den upplevelsen och försöka få tillbaka personen till verkligheten så att hen kan känna närhet för ett ögonblick. Min egen reaktion på detta förslag är att det motstrider förslaget om att ta personens upplevelser på allvar, vilket kan leda till att personen känner sig tom och ensam.

3.3 Handdockan som metod

3.3.1 Handdockan som pedagogiskt hjälpmedel

Det finns många studier som har gjorts kring hur handdockan kan användas som metod inom pedagogiken. En av de många forskningar som finns inom förskolepedagogiken, gjord i Karlstads Universitet visar att handdockan kan användas i ett motiverande syfte, som ett redskap för kommunikation och för att den vuxne lättare ska nå fram till barnet (Hultgren, 2016, s.11–12).

Det har också gjorts en studie om hur handdockan kan användas som redskap i språkundervisning i gymnasiet. Att använda handdockan i språkundervisningen visade sig vara en bra metod och verktyg och kan ses som ett alternativ till dagens undervisningstekniker som blir allt mer digitaliserande. I forskningen framkom också att många lärare verkade osäkra och skulle själva inte våga spela docka i deras undervisning, kanske för att de tycker att gymnasie-eleverna är för gamla och att de tycker att det skulle vara pinsamt. Fördelarna med att använda handdockan är i alla fall dominerande. Med hjälp av handdockan kan elevernas nyfikenhet tas till vara på och handdockan kan bidra till att öka elevernas självförtroende kreativitet, kommunikativa kompetens och språksäkerhet. (Dittmar, 2015, s.37–38)

3.3.2 Handdockan som hjälpmedel inom demensvård

När det gäller användningen av handdockan inom demensvård finns det inte lika mycket forskning som det finns inom barnpedagogiken, men det har nog forskats i temat. Att använda sig av handdockspel med personer med demens kan bidra till att personen känner förening, mening och sällskap. En teori är att dockan genom sin sårbarhet och genom att den anpassar sig till personen som den samspelar med, gör att personen upplever empati och igenkänning. (Astles, 2014, s.98).

Demens medför att den insjukna mister sin hämningsförmåga och därav bortfaller ofta de ”normala” sociala och kulturella strukturerna. Eftersom att handdockan är en ”varelse” bortom den normala strukturen kan den möjliggöra och ge utrymme för att säga det utsägliga och bryta tabu. När denna funktion öppnar upp till ett mera tolerant socialt mönster, kan personen med demens ge utlopp för sina sammanbrott och det kan i sin tur medföra befrielse och kunskap för dem som upplever förvirring, aggression och asocialt beteende. (Astles, 2014, s.94).

En annan aspekt som kan ses vid användningen av handdockan är dess dyrbara sårbarhet. Handdockan är beroende utav andra och för att kunna röra sig och ”hållas vid liv” krävs att en person styr dockan; kanske påminner detta om huruvida en dement person upplever sin egen vardag. Vid möten mellan barn och handdocka, där handdockan har presenterats sårbar, har det öppnat upp till empati och identifikation, men också gett barnet kraft, eftersom att barnet sett handdockan som något ännu mera sårbart än sig självt. (Astles, 2014, s.94).

Handdockor som materiella objekt kan också användas för att framkalla och stimulera sensorisk respons. Genom att använda olika ytor och texturer på handdockan, kan personer med demens reagera på ett multi-sensoriskt objekt och använda sig av andra sinnen än de kognitiva och lingvistiska. (Astles, 2014, s.94–95).

4 Undersökningens genomförande

4.1 Kvalitativ metod

I denna undersökning har en abduktiv forskningsansats och en kvalitativ forskningsmetod använts. Vid en deduktiv forskningsansats bildar forskaren en hypotes utifrån teori som sedan testas i verkligheten medan forskaren vid en induktiv forskningsansats först observerar verkligheten för att sedan generalisera den insamlade data med teori (Wilson, 2010, s.12–14). En abduktiv forskningsansats innebär en kombination av induktion och deduktion där förhållanden mellan teori och data behandlas (Wilson, 2010, s.19–20). Kvalitativa metoder används i forskning som syftar på arten eller konsistensen av något, snarare än mängden av något (Kvale, 1997, s.67) och eftersom forskningsfrågan i denna undersökning syftar på hur handdockan kan vara till hjälp för omsorgspersonal i bemötandet av personer med demenssjukdom och på vilka sätt den kan stöda individen psykiskt, fysiskt och socialt så ansågs den kvalitativa forskningsmetoden vara lämplig.

I undersökningen har termen informant använts istället för försöksperson pga. personligt tycke och eftersom att det är en förekommande term i observationsundersökningar som gjorts inom vården. Enligt Holme och Solvang (1997, s. 118–119) används dock ordet informant i bemärkelsen då någon uttalar sig i någon annans ställe.

4.2 Observation

4.2.1 Val av observationsmetod

Undersökningen för detta arbete gjordes i form av öppna, deltagande, strukturerade observationer vid 4 informanter. Informanterna informerades och gav sitt samtycke till att observeras vilket gjorde observationerna till öppna (Holme & Solvang, 1997, s.110–114).

Deltagande observation innebär att observatören medverkar i en individs, grups eller organisations omgivning för att iaktta och uppfatta det som sker hos personen/gruppen/organisationen (Bell, 2008, s.188–189).

Anledningen till observationsmetoden användes var för att den verkade lämplig för syftet med undersökningen. Genom att observera reaktionerna och förhållningssättet som informanterna hade till handdockan kunde olika aspekter tas i beaktande, som t.ex. hurdana känslor som uppkommer hos informanten. En intervjuundersökning kunde också ha varit värdefull men det skulle ha varit praktiskt svårt att utföra pga. omständigheter som att informanterna hade nedsatt kognitiv förmåga. Det kunde tänkas vara svårt att hålla i gång ett samtal och resonera kring ett visst ämne. En intervjuundersökning kunde ha lämpat sig bättre med informanter vars kognitiva funktionsförmåga var bättre.

Oavsett om observatören deltar passivt eller aktivt vid en observation har hen alltid en påverkan på omgivningen och situationen. Genom att ha en mera passiv roll som observatör kan informanternas aktivitet dämpas eller också så kan de börja utjämna passiviteten genom att själva bli mera aktiva. I denna undersökning förhöll sig observatören till en början relativt passiv, men utvecklade sedan en typ av ledarroll för att kunna leda situationen i syfte att få fram en viss aktivitet och process hos informanten. Denna typ av observation där observatören intar en ledarroll kan ses som väldigt manipulerande, men sågs som lämplig vid en undersökning av informanternas reaktioner på handdockan. (Holme & Solvang, 1997, s. 114–115)

Till skillnad från ostrukturerade observationer är syftet och fokus förbestämt vid en strukturerad observation (Bell, 2008, s. 187–191), liksom det var i denna undersökning. Syftet med observationen var att iaktta känslor som kunde ses hos individen, individens förhållningssätt till dockan, kommunikation och interaktion till dockan, om dockan kunde ha inflytande över individens rörelseförmåga och ifall beröring framkom.

För att göra observationer krävs ordentliga förberedelser (Bell, 2008, s. 187–199) och därav gjordes också en pilotobservation i denna undersökning för att testa metoden innan de egentliga observationerna ägde rum.

4.2.2. Praktiskt tillvägagångssätt

För att undersöka hur handdockan kan vara till hjälp för omsorgspersonal i bemötandet av personer med demenssjukdom och på vilka sätt den kan stöda individen psykiskt, fysiskt och socialt gjordes observationer av möten mellan informant och handdocka (observatör).

Under mötena fokuserade observatören på följande frågeställningar:

1. Vilka känslor framkommer hos personen i mötet med handdockan?
2. Hur förhåller sig personen till handdockan? Finns det vilja till kommunikation? Hurdan är interaktionen?
3. Hur kan handdockan ha inflytande på personens rörelseförmåga? Framkommer beröring?

Vid alla möten presenterades handdockan som blyg och sårbar, utifrån den teori Astles framställde 2014 (s.94) om att handdockans sårbarhet kan öppna upp till empati och identifikation hos individen. Handdockor kan i sin egenhet som materiella objekt, med olika ytor och texturer användas för att framkalla och stimulera sensorisk respons hos personer med demens (Astles, 2014, s.94–95) men för att utöka möjligheterna användes också övrig rekvisita såsom en hårborste och en karamell. Bland de aktiviteter som Abrahamsson (2003, s.72) föreslog att erbjuda för personer med demens nämndes att smaka på frukter, därav konceptet att erbjuda informanterna en karamell i observationerna.

Utgångsläget var på så sätt detsamma i alla 4 observationer, men handdockans roll kunde sedan anpassas utifrån hur de unika situationerna utspelade sig. Principen var också att

informanten i varje fall, i slutet av mötet, skulle bli tillfrågad av ”handdockan” om de kunde kramas. I regel pågick observationerna ca 10 min, vilket var riktlinjen för tidsramen. Endast en observation sträckte sig till 15min. Observationerna gjordes på förmiddagen hemma hos informanterna i samband med att de hade ett hemvårdsbesök. Ingen annan var närvarande vid observationen förutom observatör och informant.

4.3 Val av informanter

Informanterna valdes ut i samråd med hemserviceledaren. Det som krävdes av informanterna var att de skulle ha någon typ av demenssjukdom. Ålder och kön beaktades inte vid val av informanter, men det kom oavsiktligt att bli en diversitet bland dem. Informanterna bestod av kvinnor och män i åldern 85–100 som var inskrivna i hemvården. Antalet informanter begränsades till 4 med beaktande av tidsåtgång och för att avgränsa arbetet. Informanterna var bekanta med observatören sedan tidigare, men i vissa fall var handdockan främmande för informanten.

Anledningen till att undersökningen gjordes vid en för observatören känd arbetsmiljö och i bekanta förhållanden var delvis pga. bekvämlighetsskäl och enkla tillvägagångssätt, men det var också ett strategiskt tillvägagångssätt för att skapa ett utgångsläge av förtroende i observationerna. En öppen observation kräver att observatören är accepterad av informanterna och förutom att få deras samtycke behövs också deras tillit. För att få tillit av informanterna är det avgörande att försöka få bra relationer till dem. (Holme & Solvang, 1997, s.113)

4.4 Handdockan

Nedan följer bilder på handdockan som har använts i denna undersökning. Personerna i bilderna har anonymiserats av konfidentiella skäl. Bilderna är inte från undersökningen utan från andra sammanhang.



4.5 Sekretess och etiska frågor

5.5.1 Samtycke

Observation är den metod som ställer de högsta etiska villkoren. Ett etiskt dilemma som uppstod vid denna undersökning var att få informanternas samtycke. Informerat samtycke

innebär att informanterna ska informeras om vad syftet med undersökningen är och att de själva ska få besluta om de vill vara med i undersökningen eller inte. Till en början var det tänkt att observationerna skulle göras i dold form, d.v.s. informanterna skulle inte vara medvetna om att de var med i en undersökning. Planen var då att observatören inte skulle spela in observationerna utan endast reflektera över observationen och göra fältanteckningar i efterhand, men eftersom att det ansågs vara viktigt med ljud/video- inspelning kom etiska dilemman samt praktiska svårigheter emot för att göra en dold observation. En dold observation kunde möjligtvis ge större förutsättningar till att nå specifika mål i undersökningen, men detta ansågs strida mot etikens regler. För att bibehålla respekten hos informanterna och skydda deras psykiska och fysiska integritet ändrades därför forskningsplanen från att innefatta dolda observationer till att istället ingå öppna observationer. (Holme & Solvang, 1997, s.32–111)

En viss problematik uppstod i frågan om vem som skulle ge samtycke för att få göra observationerna eftersom personer med demens inte endast har en minnesnedsättning utan också försämringar inom andra kognitiva områden (Quinn, 2013, s. 1–20). Astles pratar också om att många med demenssjukdom inte har förmågan att bestämma över sina liv (2014, s.87). Frågan om informanterna själva var kapabla till att ge sitt samtycke uppstod.

Stefan Eriksson talar i en artikel om hur personer som blivit utsatt för stroke, personer med demens, schizofreni eller andra mentalsjukdomar har nedsatt förmåga att kunna ta beslut. Eriksson menar att problematiken vid beslutsfattandet består av fyra delar: svårigheter att kunna ta in och förstå information, behålla informationen, att processerna information i enhet med beslutsfattande och att kunna föra fram sitt beslut. Eriksson pointerar att det behövs nya etiska riktlinjer för forskning som berör personer med nedsatt kognitionsförmåga. (Eriksson, 2012, s.15).

De riktlinjer som finns att följa idag står för att skydda personernas intressen, men de kan också vara felriktade av olika anledningar. Det mesta anses vara godtyckligt idag inom ramarna för demensforskning och det som personen har uttryckt före insjuknandet har sällan någon betydelse. Nya riktlinjer borde innefatta en bättre kontroll och övervakning av forskningen och främja möjligheterna att kunna kräva kompensation ifall skador

förekommer i samband med forskningen. Det nuvarande europeiska rådets förslag vid fall när individen inte förmår fatta beslut själv och har enligt rättigheter informerats om forskningsämnet är att en representativ auktoritet, som har kännedom om individens tidigare uttryckta önsknings ska göra beslutsfattandet. (Eriksson, 2012, s.15).

I samråd med ledande hemserviceledare avgjordes att i första hand skulle en anhållan om forskningslov (se bilaga 1) inlämnas till ledningen för organisationen var undersökningen skulle utföras. Eftersom att ingen av informanterna hade någon formell intressebevakare ansågs det vara mest etiskt att beakta deras självbestämmanderätt.

Enligt Finlands lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992) ska även personer som inte har kapacitet att fatta beslut respekteras och deras vilja bör höras. En person med minnessjukdom har liksom alla andra rätt till självbestämmanderätt och den fråntas inte enbart pga. sjukdomen. En person med demenssjukdom kan ha förmågan att på ett riktigt, likvärdigt sätt fatta beslut som angår personen själv, fastän hen inte t.ex. har rätt att ha hand om sina ekonomiska ärenden. Om personen har förmåga att bestämma över sina egna intressen så ska de beslut som personen tar, prioriteras över alla andra synpunkter av t.ex. lagliga företrädare eller av anhöriga. I fall då personen inte kan ge sitt samtycke om vårdbeslut t.ex. pga. medvetlöshet ska anhöriga eller personens lagliga företrädare höras. (Lag om patienters ställning och rättigheter (785/1992), §1–9).

Anhållan om forskningslovet för denna undersökning godkändes av organisationens ledning men för att gå efter lagliga anvisningar och beakta självbestämmanderätten bads alla informanter om tillåtelse innan observationen ägde rum. Enligt den forskningsetiska delegationen (u.å.) kan samtycke ges skriftligt, muntligt eller genom andra uttryck som kan uppfattas som att personen är villig att medverka i undersökningen. Under observationens fas var observatören uppmärksam på uttryck och kroppsspråk som kunde tolkas som att informanten inte ville vara delaktig i undersökningen. Om negativa reaktioner hade uppstått under omständigheterna skulle observatören omedelbart ha avslutat mötet och istället hittat en ny informant att göra observationen hos, men lyckligtvis uppstod aldrig denna situation.

I ett av fallen rekommenderades det av hemserviceledaren att även be om tillåtelse av en anhörig (se bilaga 2), för att undvika att eventuella oroligheter eller konflikter skulle uppstå i efterhand. Anhållan godkändes skriftligt av den anhörige som beviljade observation, ljudinspelning och videoinspelning.

4.5.2 Konfidentialitet

Vid forskning är det ytterst viktigt att privat data som riskerar tillkännage personerna som deltagit i undersökningen sköts konfidentiellt, d.v.s. att sådan data inte redovisas (Holme & Solvang, 1997, s.109). Vid denna undersökning behandlades och analyserades data i säkra omgivningar. Ljud- och videoinspelningarna sparades på platser som ingen annan än observatören hade tillgång till. Inspelningarna transkriberades och vid de inspelningar där informantens namn uttrycktes ändrades det till ett annat namn för att skydda personens integritet. Inspelningarna raderades efter att de hade transkriberats.

4.6 Analysmetod

Varje observation registrerades i form av ljudinspelning eller videoinspelning av anledning till att observatören skulle kunna ha full koncentration på att tolka dynamiken hos informanten (Kvale, 1997, s. 147), samt kunna styra handdockan. Inspelningarna blev mellan 10 och 15min långa. Reflektioner och utskrifter gjordes av observatören och transkriberades ordagrant inom ett tidsbelopp på fem timmar efter att observationen gjorts. Vid planeringen av undersökningen avgjordes att max 10 min av en observation skulle transkriberas för att undvika att få för mycket utskrifter. Förutom transkriberingar antecknades också reflektioner och iakttagelser genast efter observationen.

Utgångspunkterna för reflektionerna var de frågeställningar som observatören också var tänkt att reflektera över under observationens förlopp, d.v.s.:

1. Vilka känslor framkommer hos personen i mötet med handdockan?
2. Hur förhåller sig personen till handdockan? Finns det vilja till kommunikation? Hurdan är interaktionen?
3. Hur kan handdockan ha inflytande på personens rörelseförmåga? Framkommer beröring?

T.ex. om observatören hade betraktat att informanten rörde dockan eller att informanten hade varaktig ögonkontakt med dockan dokumenterades detta i form av korta kommentarer. Efter att reflektionerna och transkriberingarna hade sammanställts analyserades insamlade data enligt ad hoc-metoden.

Ad hoc metoden är en väldigt vanlig metod som används vid intervjuanalys för att skapa mening. Vid ad hoc metoden används ingen strukturerad uppbyggnad för analysen, som det däremot görs vid meningskoncentrering och meningskategorisering. Teknikerna som används vid ad hoc kan alltså variera fritt. Detta tillåter forskaren att först skapa sig ett allmänt intryck utifrån intervjuerna för att sedan genom olika betraktande göra djupare tolkningar och se på förbindelser och strukturer som kan vara betydelsefulla för undersökningen (Kvale, 1997, s. 184–185).

Som första steg i denna analys togs det akta på mönster och teman från observationerna men också rimligheter och för att se vad som hör ihop med vad. Mönster och teman som kunde ses sammanställdes sedan i följande kategorier: känslor, kommunikation, beröring/känsel, rörelseförmåga/finmotorik, hur kan handdockan prata, övrigt värt att reflektera över. Vidare i analysen kunde utmärkande data i kategorierna analyseras mera djupgående. Undersökningens forskningsfråga besvarades därefter utifrån observationsanalysen och teoretisk förståelse. Teoretisk förståelse innebär att data tolkas utifrån teoretiska perspektiv (Kvale, 1997, s.194–195).

5 Resultatredovisning

I detta kapitel presenteras resultatet av undersökningen om hur handdockan kan vara till hjälp för omsorgspersonal i bemötandet av personer med demens och på vilka sätt den kan stöda individen psykiskt, fysiskt och socialt. Redogörelsen är strukturerad enligt på vilka sätt handdockan kan stöda individen psykiskt, fysiskt och socialt för att sedan komma till en slutsats av forskningsfrågan. Vid referat från observationerna står H för handdocka, O för observatör och I för informant (märk väl att O och H är samma person).

5.1 Hur kan handdockan stöda individen psykiskt?

De vanligaste kriterierna som definierar psykisk hälsa är enligt Taylor och Brown (1988, s.203–204) förmågan att ta hand om sig själv och andra, förmågan att vara glad eller tillfredsställd och förmågan att engagera sig i produktivitet och kreativt arbete. Barbara Fredrickson's (1998, s.300–319) modell "broaden and build-theory" syftar också på hur positiva känslor som glädje, intresse, tillfredsställelse och kärlek kan inverka på individens välmående och hälsa.

5.1.1 Glädje

I denna undersökning kunde det ses ett tydligt samband mellan handdockan som metod och förmågan att vara glad och tillfredsställd. Vid alla observationer förekom glädje i form av skratt. I vissa observationer verkade informanten glad genom hela mötet, medan det i vissa situationer var något som handdockan sade som fick informanten att skratta. Nedan följer exempel på två sådana situationer.

Ex. 1.

H: *Tittar runt sig*. Du har ett ganska fint hus
I: Mm, mm

- H: Och du har en, två, tre, fyra... Tio kylskåp!
 I: Jahahah... *Långt skratt*
 H: *Fnittrar*...Nej vänta nu. En, två, tre, fyra. Fyra var det

Ex. 2.

- O: Är det inte en hårrulle?
 H: Jaa
 I: Mm, mm
 H: *Lägger papiljotten på sitt huvud*
 I: Oj, vad du blev fin! *Skrattar*

5.1.2 Tillfredsställelse

Tillfredsställelse kunde ses speciellt i skedet när handdockan och informanten kramades. Flera av informanterna uttryckte vid kramen att handdockan var mjuk och gullig. Handdockan har också visat sig vara ett bra pedagogiskt hjälpmedel för att bidra till att öka elevers kreativitet (Dittmar, 2015, s.37–38) och i en av observationerna inföll sång, vilket krävde ett visst engagemang för kreativitet/produktivitet av personen och även där kunde tillfredsställelse ses hos individen.

5.1.3 Intresse

Vid observationerna uppfattades också personerna visa ett intresse för handdockan och situationen. I de flesta av fallen hade informanten konstant ögonkontakt med handdockan och vid andra fall där informanten ibland tappade fokus var hen inte frånvarande under långa stunder innan hen koncentrerade sig på och tittade på dockan igen. Det är möjligt att informanterna också upplevde en känsla av kärlek, men eftersom det ansågs vara väldigt svårt att se den känslan ta sig i uttryck, t.sk. från glädje vore det lite långsynt att dra en slutsats om det.

5.1.4 Omsorg

Taylor och Brown (1988, s.203–204) pekar på att en god psykisk hälsa innefattar att kunna ta hand om sig själv och andra. Personer som lever med någon typ av demenssjukdom har i många fall svårt att klara sin vardag på egen hand (Quinn, 2013, s.1–70). I denna undersökning förekom det vid flera tillfällen händelser som kunde tolkas som att informanten försökte ta hand om handdockan. Här följer ett exempel.

- H: Sådär kan det vara. *Tar i dockans mössa*. Nå, ska han ha den här på huvudet?
- O: Jo, du får nog sätta på den
- I: *Tittar på dockan*. Ska du ha den här mössan också? *Försöker sätta på mössan*. Nej men hur ska jag få på den där nu, jag tycker den verkar vara för liten åt dig
- O: *Skrattar*
- I: Nej jag får inte det. Din mamma får nog sätta på den. Säg åt henne att hon ska sätta på mössan. *Pekar på O*
- H: Mamma sätt på mig mössan. *Tittar på O*
- O: Nå, vi får väl lägga den sedan, vi ska väl vara här en stund ännu. *Lägger mössan på bordet*. Hade du inte något du skulle ge åt Elsa?
- H: Nej
- O: Jo, hade du inte något med dig
- I: Va?
- O: Jag funderade om hon hade något med sig
- I: Vad för något? ... *Tar mössan*. Nå... Den där mössan är väl er?
- O: Ja
- I: Ska du ha den på dig? *Försöker sätta på mössan igen*. Nå nu måste din mamma hjälpa dig

5.2 Hur kan handdockan stöda individen fysiskt?

Dagliga aktiviteter är viktigt för alla människor, men fastän omsorgspersonal är medvetna om detta passar de alltför ofta upp sina klienter (i hemtjänsten eller på boenden), vilket inte

bidrar till att stöda klientens fysiska hälsa (Abrahamsson, 2003, s. 71–72). Äldre personer är också de som får minst beröring av alla åldersgrupper, till följd av att de som de har fått beröring av, har gått bort (Edberg 2011, s. 332).

5.2.1 Beröring

Cronfalk (2017, s. 28–63). pointerar att beröring kan ha goda effekter på personers hälsa och välbefinnande. Enligt Edberg (2011, s. 332) är äldre personer den grupp som får minst beröring av alla åldersgrupper. Denna undersökning visade på handdockan kan vara ett lämpligt hjälpmedel för att skapa förutsättningar till beröring. En av informanterna sökte konstant, aktivt fysisk kontakt till handdockan och rörde den. Detta skapade en naturlig övergång till att handdockan också kunde röra personen. Nedan följer två exempel.

Ex.1.

- H: Har du haft långt hår någon gång?
 I: Jo, men nu har jag kort hår
 H: *Skrattar*
 I: *Skrattar*. Nu har jag såhär kort hår. *Rör sig om huvudet*
 H: Oj. *Sträcker försiktigt fram handen för att känna på håret*
 I: *Lutar sig framåt*
 H: *Känner och pajar på I's hår*

Ex.2.

- H: Får jag en kram före jag åker? Får jag krama dig?
 I: *ler* ja-a
 H: *kramar I*.Ahaa..
 I: *klappar om dockan*
 H: Kan du vara min mormor?
 I: *skrattar*. Säger hon det?

O: Ja

I: *Rör dockan i ansiktet och säger med lite sårbar röst*. Du har så bruna ögon så

5.2.2 Rörelseförmåga

En annan aspekt som är värd att lägga märke till vad gäller metoden att använda handdockan och på vilka sätt den kan stöda individen fysiskt är hur den kan främja rörelseförmågan och Enligt Kochuta (u.å.) bör en person vara fysiskt aktiv dagligen. Vid observationerna var informanterna mycket intresserade av att känna på dockan. De greppade tag och kände på dockans fötter, hår och ansikte. Vid observationerna förekom moment som kunde ha god inverkan på personens finmotorik, såsom att personen började borsta dockans hår och försökte klä på den mössan.

5.2.3 Erbjudna aktiviteter

Bland de aktiviteter som Abrahamsson föreslog att erbjuda personer med demens fanns bl.a. att smaka på frukter, att titta, känna och lukta på mossor och att sjunga (2003, s.72). I denna undersökning kunde handdockan ses som ett hjälpmedel för att erbjuda liknande aktiviteter. Vid observationerna gavs personerna möjlighet till att använda sig av smak, syn, känsel och också sång förekom.

5.3 Hur kan handdockan stöda individen socialt?

Att känna bekräftelse, sammanhang och tillhörighet i vardagen är väsentligt för att ha ett gott socialt välbefinnande. Människor har behov av att känna sig sedda, älskade och betydelsefulla för någon. (Habilitering och hälsa, 2016)

5.3.1 Sårbarhet

En forskning pekar på att grunden för att kunna leva ett liv med meningsfullhet är att ha goda anknytningar och att nyckeln till goda anknytningar är sårbarhet (Brown, 2010). Tidigare forskning visar att handdockspel, möjligtvis till följd av sin sårbarhet, kan bidra till att personer med demenssjukdom känner förening, mening och sällskap (Astles, 2014, s.94–98). I undersökningar där handdockan har presenterats som sårbar har den bidragit till att barn har upplevt empati och identifikation (Astles, 2014, s.94–98). Dockan har också varit betydande för att stärka barnet genom att den framstår som något mera sårbart än barnet självt (Astles, 2014, s.94–98).

Brown (2010) menar att det är viktigt att ge utrymme för negativa känslor som skam, rädsla och strävan till värdighet för att kunna känna positiva känslor såsom glädje. Om de negativa känslorna dämpas och trycks undan, dämpas också de positiva känslorna (Brown, 2010). Negativa känslor kan på så vis öppna upp för positiva känslor. I denna undersökning noterades sårbara sidor och ”negativa” känslor hos informanterna, som kanske inte skulle ha framkommit utan att ha använt sig av handdockan som metod.

En av informanterna frågade upprepade gånger hur handdockan mår och när handdockan ställde frågan tillbaka drog informanten ett djupt andetag och sa att hen inte mådde så bra. Ett annat exempel var då informanten uttryckte sin ensamhet och handdockan kunde ge ett tröstande svar;

H: Men bor du ensam?

I: Mm... *Ser aningen ledsen ut*. Långa dagar att vara ensam

H: Ojdå...Men om du börjar komma och hälsa på mig blir det ju bättre och jag kan ju komma hit och hälsa på

I: Mm, det är roligt. *Ler*

5.3.2 Bryta sociala strukturer

En annan aspekt är att handdockan kan bryta sociala strukturer som medför tabu och på så vis ge utrymme för personer med demens att säga det outsägliga (Astles, 2014, s.94–98). Denna aspekt kan också ses från omsorgspersonalens sida. Undersökningen visar att handdockan kan ge utrymme för omsorgspersonalen att säga det outsägliga. Följande konversation skulle osannolikt ha förekommit om det inte varit för handdockan:

- O: Ska vi börja åka vi nu då Ingrid?
- H: Ja
- I: Åker ni med bil eller cyklar ni?
- H: Vi åker med helikopter
- I: Helikopter? *tittar på O och skrattar*
- O: Nej, du skojar nog nu. Vi har nog bilen
- I: Ja, ni har bil
- H: Nickar

5.4 Övriga iakttagelser

Förutom de reflektioner som gjorts utifrån observationsfrågorna fanns det också andra iakttagelser att ta fasta på. I detta kapitel presenteras dessa.

5.4.1 Multisensorisk respons

Handdockan visade sig liksom Astles (2014, s.94–95) beskrev vara ett användbart multisensoriskt objekt som informanterna gavs möjlighet att reagera på genom andra sinnen än de kognitiva och lingvistiska. Beröringen som kom från informantens sida kunde vara tecken på att personen hade behov av att få använda sig av och kommunicera genom andra sinnen

än enbart de språkliga. Ett specifikt tillfälle när detta kunde ses var när individen uttryckte ett konstaterande samtidigt som hen kände på dockan:

- H: *Tar bort hand från ansiktet*. Hej
- I: Nämen, säg det, kan hon prata också?
- H: Ja
- I: Ja, vad duktig du är. *Smeker dockan på kinden*
- H: Tack
- I: Ja. *Tittar på dockans ben*. Och så har du så vackra strumpor på, på... *Rör om dockans fötter*. Det är på benen det då...

5.4.2 Hur kan handdockan prata?

Vid vissa tillfällen var informanterna tveksamma och ifrågasatte hur dockan kunde prata. Vid en situation kunde det tolkas som att personen försökte hålla upp den sociala strukturen och inte vågade visa sig sårbar. Observatören försökte då på bästa sätt avstyra informanten från att ifrågasätta dockan, men med tanke på att informanten kanske kände sig obekväm och inte visste hur hen skulle förhålla sig till dockan ansågs det vara oetiskt att påstå att det nog var dockan som pratade. Detta samtal utspelade sig:

- I: Vad säger hon? Ska jag borstas jag också? Nej, mitt hår får väl duga. *Skrattar*
- H: Ja..Hohho
- I: Jaha, så hon kan prata också? *tittar på O*
- O: Det är jag som pratar
- I: Är det du??
- O: Ja, men det är som att dockan pratar
- I: Pratar du först du och hon säger efter?
- O: Ja
- I: Jaha
- O: Men hon ser väl nog nästan ut som en riktig människa?
- I: Ja, nog gör hon ju det... Har du lagat den själv?
- O: Nej den är nog köpt

I en annan situation var informanten också lite tveksam, men förhöll sig på ett annat sätt till dockan och var mera förundrad över situationen, medan personen i tidigare exempel kanske var mera misstänksam:

- I: Ja. *Släpper taget om halsduken och känner på dockans fötter igen*. Men nog har du så vackra strumpor
- H: Ja, den ena är lila och den andra är röd?
- I: *Tittar på O glatt*. Ja men nog kan hon, hur kan hon, du har fått henne att prata?

5.4 Slutsats

Följaktligen kommer den primära forskningsfrågan att besvaras. Hur kan handdockan vara till hjälp för omsorgspersonal i bemötandet av personer med demenssjukdom och på vilka sätt kan den stöda individen psykiskt, fysiskt och socialt?

Det väsentliga i resultatet av denna undersökning är att handdockan kan vara ett hjälpmedel som vidgar möjligheterna för omsorgspersonal att nå fram till personer med demens för att kunna stöda dem psykiskt, fysiskt och socialt. Av den teoretiska bakgrunden framkommer att det huvudsakliga elementet som bidrar till god psykisk, fysisk och social hälsa är mänsklig kontakt. Denna undersökning visar i överrensstämmelse med teorin att handdockan kan genom sin sårbarhet och genom att bryta sociala mönster bidra till bättre anknytningar.

6 Kritisk granskning och slutdiskussion

Syftet med detta arbete var att beskriva handdockan som metodiskt tillvägagångssätt och hjälpmedel i bemötandet av personer med demenssjukdom. Av detta arbete framgår att handdockan som metodiskt tillvägagångssätt kan vara ett hjälpmedel inom många områden

och det finns olika teorier kring varför metoden lämpar sig för just bemötandet av personer med demenssjukdom. Resultatet från undersökningen visar att handdockan kan stöda personer med demenssjukdom i deras psykiska, fysiska och sociala hälsa genom att den kan bidra till bättre anknytningar.

Arbetet har nått upp till sitt syfte men det finns aspekter att se kritiskt på. Denna undersökning är utförd av en och samma person. Bell (2008, s. 188) föreslår att en ensam forskare alltid ska rådgöra med en vän eller kollega att delta i observationer för att inte riskera anklagas för bias. I undersökningen har också manipulerande observationer använts vilket kan vara missledande (Holme & Solvang, 1997, s.115). En dold observation, gjorda av flera observatörer kunde ha ökat reliabiliteten, men det skulle ha stridit mot de etiska principerna och krävts ett formellt tillstånd från en etisk nämnd, vilket skulle ha varit väldigt tidskrävande (Bell, 2008, s. 55–56). Det är inte heller möjligt att kontrollera observationerna, eftersom nya observationer antagligen inte skulle leda till samma resultat.

Det är också kritiskt att påstå att det är handdockan som är grunden till de moment som har förekommit i observationerna. Vad hade hänt ifall ingen handdocka fanns med i bilden utan observatören istället hade intagit en liknande sårbar roll som handdockan hade? En annan aspekt som är viktig att ta i beaktande är hur mycket mötet mellan individen och handdockan påverkas av vem som styr handdockan och hur den styrs.

Fastän den teoretiska bakgrunden behandlar många ämnen kan det också diskuteras om den är tillräckligt täckande och genomgripande för undersökningen. En utmaning med detta arbete har varit att hitta lämplig litteratur. Det finns tidigare forskning om ämnet handdockor och demensvård men inte i stor omfattning, i alla fall inte på de språk som har använts i detta arbete. Däremot finns mycket teori kring handdockans användning inom barnomsorgen och i barnpedagogiken, som också togs i användning vid denna forskning.

En enskild källa har varit upprepan genom hela arbetet och är väldigt dominerande, vilket är kritiskt. Källan var väldigt omfattande och innehållsrik och arbetet baserar sig i stor utsträckning på enbart denna källa. Samtidigt som detta är kritiskt behöver det inte heller

endast vara till nackdel. En större litteraturundersökning kunde ha gett en mångfaldigare litteratur och höja reliabiliteten i arbetet, men det kunde också ha blivit mera osammanhängande. Arbetet har också varit begränsat av tidsramar och resurser.

I efterhand kan undersökningens syfte och forskningsfråga tyckas vara för bred för att kunna komma till ett tillförlitligt, objektiva resultat. Dock är det väldigt svårt att komma till ett objektiva resultat i en kvalitativ undersökning som denna eftersom arbetet behandlar många subjektiva teman såsom känslor. Undersökningen kunde med fördel ha avgränsats bättre. Arbetet kan ses som ett bra underlag för framtida arbeten för att göra en mer specificerad forskning om t.ex. hur handdockan kan bidra till bättre anknytningar.

Allt fler människor drabbas av demenssjukdom. WHO har gett anrop om att det finns bristfällig förståelse för sjukdomen och detta leder till rädsla och stigmatisering. Många personer med demenssjukdom lever till följd av detta i social isolering och drar sig för att söka hjälp. I WHO's stadgade målprinciper för demensvården ingår att optimera fysisk hälsa, kognition, aktivitet och välbefinnande. (WHO, 2012, s.8).

Förhoppningsvis kan detta arbete vara till hjälp för att stöda denna målprincip. För att må bra behövs mänsklig kontakt - inte isolering.

Källförteckning

Abrahamsson, B-L., 2003. Demens-omsorg och omvårdnad. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Astles, C. 2014. *On the Margins: Dementia and the Present Moment*. [Online] <https://core.ac.uk/download/pdf/71043952.pdf> [hämtat 21.10.2018].

Bell, J. 2008. *Introduktion till forskningsmetodik*. (4 uppl.) Studentlitteratur för den svenska utgåvan.

Brown, B., 2010, juni. *Brené Brown: The power of vulnerability*. [Video] https://www.ted.com/talks/brene_brown_on_vulnerability#t-317530 [Hämtad 13.11.2018].

Cambridge Dictionary. U.å. *Vulnerability*. [Online] <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/vulnerability> [hämtat: 15.3.2019].

Demenscentrum, 2013. *Apraxi*. [Online] <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Symtom/Kognitiv-symtom/Apraxi/> [hämtat 31.10.2018].

Demenscentrum, 2017. *Agnosi*. [Online] <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Symtom/Kognitiv-symtom/Agnosi/> [hämtat 31.10.2018].

Dittmar, J., 2015. *Handdockor i gymnasiet språkundervisning*. Examensarbete för lärarexamen. Fakulteten för lärande och samhälle. Skolutveckling och ledarskap. [Online] <http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/19748/Examensarbete-JessicaDittmar-handdockor15..pdf?sequence=2> [hämtat 21.10.2018].

Edberg, A-K., 2011. *Att möta personer med demens*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson, K., 1991. *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, S., 2012. On the need for improved protections of incapacitated and non-benefiting research projects. *Bioethics*. 26 (1), s. 15-21.

Forskningsetiska delegationen, u.å. *Etikprovning inom humanvetenskaperna. Etiska principer för forskningsområden som räknas till humanvetenskaperna*. [Online] <https://www.tenk.fi/sv/etikprovning-inom-humanvetenskaperna#1> [hämtat: 12.3.2019].

Fredrickson, B.L., 1998. What Good Are Positive Emotions? *Review of general psychology*, 2 (3), s. 300-319. University of Michigan.

Habilitering och hälsa, 2008. *Exekutiva funktioner*. [Online] <http://habilitering.se/autismforum/om-diagnoser/teorier-om-annorlunda-tankande/exekutiva-funktioner> [hämtat 31.10.2018].

Habilitering och hälsa, 2016. *Vad är hälsa*. [Online] <http://habilitering.se/om-habilitering-halsa/tidningen-habilitering-nu/nr-1-2014/vad-ar-halsa> [hämtat 1.11.2018].

Holme, I. M., Solvang, B. K., 1997. *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Huber, M., Knottnerus A., Green L., Van der Horst H., Jadad A., Kromhout D., Leonard B., Lorig, K., Loureiro M. I., Van der Meer J., Schnabel P., Smith R., Van Weel C., Smid., H., 2011. How should we define health? *BMJ*, s. 1–3.

Hultgren, T., 2016. *Handdockan i förskolans verksamhet: Ett verktyg, flera synsätt och många möjligheter*. Karlstad: Examensarbete för förskolläraryrket. Karlstads Universitet, Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap. [Online] <http://www.divaportal.org/smash/get/diva2:941671/FULLTEXT01.pdf> [hämtat 21.10.2018].

Kochuta, J., U.å. What is physical health? -Definition,

Institutet för hälsa och välfärd, 2018. *Minnessjukdomar*. [Online] <https://thl.fi/fi/web/folksjukdomar/minnessjukdomar> [hämtat 15.11.2018].

Kochuta, J., U.å. *What is physical health? -Definition, Components & Examples*. [Video] <https://study.com/academy/lesson/what-is-physical-health-definition-components-examples.html#/transcriptHeader> [hämtat 1.11.2018].

Kvale, S. 1997. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Quinn, J., 2013. *Dementia*. U.å. John Wiley & Sons. E-bok.

Seiger Cronfalk, B., 2017. *Massage och beröring: Inspiration för äldreomsorgen*. Stockholm: Gothia fortbildning.

Seppala E., Rossomando T., Doty J., 2013. Social Connection and Compassion: Important Predictors of Health and Well-Being. *Social research*, 80 (2), s. 411–430.

Statistikcentralen, 2011a. *Antalet döda av demens mer än fördubblats under senaste 20 år*. [Online] https://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/ksyyt_2009_2010-12-17_tie_001_sv.html [hämtat 15.11.2018].

Statistikcentralen, 2011b. *Antalet självmord lägst på över 40 år*. [Online] https://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_sv.html [hämtat 15.11.2018].

Tarnanen, K., Rosenvall, A., Tuunainen, A., Finska läkaresällskapet, 2017. *Minnesluckor- vad är det fråga om, vad hjälper?* [Online] https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khr00072 [hämtat 15.11.2018].

Taylor S., University of California, Los Angeles. Brown, J.D., Southern Methodist University. 1988. *Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health*.

Unganhörig, 2015. *Vad är demens*. [Online] <http://unganhorig.se/Vad-ar-demens/> [hämtat 21.10.2018].

Vårdguiden, 2018. *Afasi*. [Online] <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Afasi/> [hämtat 31.10.2018].

WHO, 2012. *Dementia: a public health priority*. [Online] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf;jsessionid=245EE1D8F07C8224100FD65A67C6E072?sequence=1 [hämtat: 28.1.2019].

Wilson, J., 2010. *Essentials of Business Research: A Guide to Doing Your Research Project*. (2 uppl.) SAGE Publications.

Finlands författningssamling

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8. 1992/785. www.finlex.fi (hämtat 12.3.2019)

Anhållan om forskningslov

Jag, Jennie Stolpe, socionomstuderande anhåller om forskningslov för att få göra deltagande observationer för mitt lärdomsprov bland 4 respondenter inom ***** kommuns äldreomsorg. I mitt lärdomsprov ska jag undersöka ifall handdockan kan vara vårdande för personer med demens inom äldreomsorgen och i så fall om; vilka positiva effekter har den på den psykiska, fysiska och sociala hälsan. För att besvara forskningsfrågan behöver jag göra observationer (ca 5-20min) hos 4 respondenter där jag observerar mötet mellan handdockan och respondenten. Kravet för att få vara respondent är att hen ska ha någon typ av demenssjukdom. Respondenterna kommer att hållas anonyma.

Jennie Stolpe

Godkänner

Godkänner ej

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Anhållan om tillstånd för observation

Jag, Jennie Stolpe anhåller om att få göra en observation av _____, i en situation där jag kommer att presentera och styra en handdocka. Jag anhåller även om att få spela in eller filma observationen för att sedan kunna analysera materialet. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och sedan raderas.

Kryssa i ditt godkännande/ icke godkännande för vardera delen

Observation	Godkänner <input type="checkbox"/>	Godkänner ej <input type="checkbox"/>
Ljudinspelning vid obs.	Godkänner <input type="checkbox"/>	Godkänner ej <input type="checkbox"/>
Videospelning vid obs.	Godkänner <input type="checkbox"/>	Godkänner <input type="checkbox"/>

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____