



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Interaktionen mellan vårdare och personer med demens i samband med taktil massage

En observationsstudie

Kajsa Granqvist

2011

Examensarbete, Magisternivå, 15 hp
Vårdvetenskap
Självständigt examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Handledare: Maria Engström
Examinator: Bernice Skytt

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva interaktionen mellan vårdare och personer med demens i samband med taktil massage samt att beskriva vårdarnas upplevelse av vad som hände i interaktionen. Studien hade en beskrivande design och omfattade två personer med demens (två fall) samt tre vårdare. Varje fall omfattade fem observationstillfällen. Data samlades in via ostrukturerade observationer av behandlingstillfällen med taktil massage samt efterföljande intervjuer med vårdarna som utförde behandlingen. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera data. Resultatet som framkom i de två fall som har studerats redovisas var för sig utifrån respektive tema. Temat i fall 1 – *Att må bra av kontakt men vara besvärad av beröring* – tydliggör hur individerna samspelade i samband med taktil massage samt vad som utgjorde svårigheter för en god interaktion. Temat i fall 2 – *Från att inte förstå och nonchalera till gradvis ökad respons och tillit* – speglar personen med demens utveckling i samspelet med vårdarna som gav taktil massage. Slutsatsen är att taktil massage kan utgöra ett redskap för interaktion för vissa personer med demens medan det istället blir ett hinder i interaktionen för andra.

Nyckelord: Demens, Interaktion, Observationsstudie, Taktil massage

Abstract

The purpose of the study was to describe the interaction between caregivers and persons with dementia during soft touch massage and to describe the caregivers experience of what happened in the interaction. The study had a descriptive design and included two persons with dementia (two cases) and three caregivers. Each case included five observations. Data were collected through unstructured participant observations of treatments with soft touch massage and thereafter interviews with the caregivers who performed the treatment. Qualitative content analysis was used to analyze data. The result which emerged in the two cases that was studied is presented each separately based on the respective themes. The theme in case 1 - *To appreciate the contact but to be uncomfortable of touch* - illustrates how the individuals interacted with each other during the massage and what prevented a good interaction. The theme in case 2 – *From not understanding and ignore to gradually increased response and trust* - reflects the development in the person with dementia's interaction with the caregivers who performed the massage. The conclusion of the study is that soft touch massage can be a tool for interaction with some people with dementia and an obstacle in the interaction with others.

Keywords: Dementia, Interaction, Observational study, Soft touch massage

Innehållsförteckning

<u>Introduktion</u>	1
Demens	1
Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom	2
Omvårdnad av personer med demens	3
Beröring och taktil massage	6
Problemformulering	9
Syfte	9
<u>Metod</u>	9
Design	9
Urvalsmetod, undersökningsgrupp och kontext	10
Datainsamlingsmetod	10
Tillvägagångssätt	11
Dataanalys	13
Forskningsetiska överväganden	13
<u>Resultat</u>	14
Att må bra av kontakt men vara besvärad av beröring – Svea	15
Interaktion med bristfälligt samspel	15
<i>Att inte vilja vara till besvär</i>	<i>16</i>
<i>Att känna sig besvärad</i>	<i>16</i>
<i>Att uttrycka otrygghet</i>	<i>17</i>
Interaktion präglad av samspel och tillit	18
<i>Att vilja samtala</i>	<i>18</i>
<i>Att visa uppskattning</i>	<i>19</i>
<i>Att slappna av</i>	<i>19</i>
Från att inte förstå och nonchalera till gradvis ökad respons och tillit – Dagmar	20
Interaktion med bristfälligt samspel	21
<i>Att uttrycka obehag</i>	<i>21</i>

<i>Att uttrycka otrygghet</i>	21
<i>Att visa irritation</i>	22
Interaktion präglad av samspel och tillit	22
<i>Att samtala/svara</i>	23
<i>Att slappna av</i>	23
<i>Att uttrycka att man vill ha kontakt</i>	24
<u>Diskussion</u>	<u>24</u>
Huvudresultat	24
Reflektioner kring resultatet	25
Metoddiskussion	27
Allmän diskussion	28
Slutsats	29
<u>Referenser</u>	

Introduktion

Demenssjukdomar är ett ökande hälsoproblem i samhället. Orsaken till detta är framförallt en ökande äldre befolkning då ålder är den främsta riskfaktorn för att drabbas av demens. Förutom kognitiva symtom vid demenssjukdom drabbas ca 90 % av beteendestörningar och psykiska symtom som orsakar stort lidande och problem för såväl den som är sjuk som för närstående och vårdpersonal (Skog 2009). För att förbättra omvårdnaden och skapa förutsättningar för ett värdefullt sammanhang för personen med demens behövs hjälpmedel och metoder som kan lindra de störningar och symtom som orsakar svårigheter i interaktionen med omgivningen. Omvårdnadsforskning kring beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom är därför viktigt idag. Föreliggande arbete fokuserar på hur taktil massage kan vara ett redskap vid interaktion med personer med demens.

Demens

I Sverige finns idag ca 150 000 personer med demensdiagnos och man räknar med ca 23 000 nya insjuknanden per år. Prognosen spår en kraftig ökning från 2020 när 40-talisterna uppnår 80-årsåldern (Socialdepartementet 2003). Demenssjukdomen innebär brister i minnes- och tankeförmåga som avsevärt påverkar tidigare kognitiv funktionsnivå. Det första symtomet är oftast minnessvikt men för att kunna ställa en demensdiagnos behövs minst ett symtom till t.ex. nedsatt tanke-, kommunikations- och orienteringsförmåga eller svårigheter att klara praktiska vardagssysslor. Vissa personer drabbas även av personlighetsförändringar såsom dåligt omdöme, aggressivitet och känslomässig avtrubning samt psykiska symtom som ångest, depression, misstänksamhet, vanföreställningar och tvångsmässiga beteenden (Skog 2009).

Den största riskfaktorn för att drabbas av demens är hög ålder. Andra riskfaktorer är enligt den forskning som fanns tillgänglig 2006, är en genetisk faktor kallad Apo E som kan utgöra risk för Alzheimers sjukdom. Nära anhöriga till personer med Alzheimers sjukdom löper 2-3 gånger högre risk att drabbas av sjukdomen. Högt blodtryck i medelåldern ökar risken för demenssjukdom liksom ett förhöjt kolesterolvärde i medelåldern. Statistiken visar även att kvinnor löper högre risk än män att drabbas, framförallt i högre åldrar. Forskarna har även kunnat utröna vissa skyddande faktorer mot demenssjukdom såsom hög utbildning och en aktiv fritid (SBU 2006).

Demenssjukdomarna indelas utifrån orsak i primärdegenerativa såsom Alzheimers sjukdom, Lewy-body demens och frontotemporal demens och sekundära demenssjukdomar där den vanligaste är vaskulär demens. Gemensamt för alla former av demenssjukdomar är nedsatt kognitiv- och minnesfunktion på grund av nedbrytning av nervceller (SBU 2006). Sjukdomen är progredierande och brukar indelas i olika stadier som beskriver grad av funktionsnedsättning. *Mild demenssjukdom eller Stadium I* – är ett tidigt stadium där symtomen börjar bli märkbara men där personen fortfarande kan klara mycket själv utan så stora hjälpinsatser. *Måttlig demenssjukdom eller Stadium II* - personen får allt större problem att klara sig både i vardagen och i sociala sammanhang och det behövs hjälp från sjukvård och samhälle för att klara av det vardagliga livet. *Svår demenssjukdom eller Stadium III* – slutstadiet i demenssjukdomen då personen behöver hjälp med i stort sett allt (Skog 2009, Socialstyrelsen 2010).

Socialstyrelsen (SoS) gav 2010 ut Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom baserad på de kunskaper som framkom vid SBU:s litteratursammanställning 2006. Syftet med riktlinjerna är att vara ett stöd i beslutsfattande och för ledning inom kommuner och landsting samt till vård- och omsorgspersonal som utformar vården kring personer med demenssjukdom. Riktlinjerna rangordnar insatser och behandling utifrån evidens i aktuell forskning. Centrala delar i riktlinjerna är: utredning av demenssymtom, personcentrerad omvårdnad med multiprofessionella samarbetsteam och utbildning av omvårdnadspersonalen, årlig uppföljning av personen med demens, läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom, utredning av BPSD, anpassad dagverksamhet, särskilda demensboenden samt stöd till närstående (SoS 2010).

Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

Nio av tio personer med demenssjukdom riskerar att drabbas av BPSD vilket bidrar till en påfrestande situation för både personen med demens och dess omgivning (Skog 2009). Vid en internationell konferens 1996 valde The International Psychogeriatric Association att definiera BPSD som ”tecken och symtom på störd perception, stort tankeinhåll, förändrat stämningsläge och förändrat beteende som ofta förekommer hos patienter med demenssjukdom” (Eriksson *et al.* 2000). Symtomen delades upp i psykiska: oro/ångest, hallucinationer, vanföreställningar och depression samt beteendemässiga: aggressivitet, skrik, motorisk oro, kulturellt eller sexuellt opassande beteende, svordomar och ”skuggning” (Finkel

et al. 1996). Enligt SBU:s sammanställning så har tidigare forskning kring BPSD varit inriktad på biologiska orsaker till de olika symtomen men nyare forskning har visat att vårdarnas agerande och förhållningssätt kan påverka förekomsten av BPSD. Det kan handla om höga förväntningar och krav, ej personanpassade handlingar, förödmjukelser och oförmåga att förstå personen med demens behov eller önskemål (SBU 2006). Enligt forskning kan även obehandlad smärta t.ex. i samband med obstipation, UVI eller oupptäckta frakturer vara orsak till BPSD (Eriksson *et al.* 2000). Fysiska uttryck såsom aggressivitet och vandring kan ha sin grund i integritetsintrång, rädsla att bli övergiven eller hemlängtan, se t.ex. studier av (Ragneskog *et al.* 1998, Zingmark 2000).

I november 2010 öppnades Svenskt BPSD Register, en kunskapsbank för alla som arbetar med demensvård. Där finns evidensbaserade instrument för bedömning och analys av BPSD samt förslag på behandlingsåtgärder och instrument för utvärdering av dessa. Till hjälp vid bedömningen av en persons BPSD används NPI-NH skalan som skattar förekomst och svårighetsgrad för 12 olika symptom som förekommer vid BPSD t.ex. vanföreställningar och nedstämdhet. I nästa steg görs en analys av möjliga orsaker till personens BPSD med hjälp av en checklista. Där bedöms personens fysiska och psykiska status och en läkemedelsgenomgång utförs med hjälp av läkare. Utifrån analysen sammanställs sedan en genomförandeplan utifrån de föreslagna åtgärder som finns i materialet (Svenskt BPSD-register 2010). Dessa åtgärder bygger på utvärderade och prioriterade åtgärder enligt Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (SoS 2010). Det kan t.ex. handla om bemötande, ljudmiljö och aktiviteter såsom gymnastik, sång och musik, massage och utevistelse. När genomförandeplanen skrivs sätts också ett datum för utvärdering av åtgärderna vilket innebär en ny skattning med NPI-NH (Svenskt BPSD-register 2010).

Omvårdnad av personer med demens

Personcentrerad omvårdnad får en särskild betydelse när det gäller personer med demens. Begreppet lyfts fram i de nationella riktlinjerna (SoS 2010) och motiveras med fördelar som ökad integritet och självständighet samt minskad agitation och minskat behov av antipsykosmedel. Personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte sjukdomen sätts i fokus. Omvårdnaden ska utgå från personens livsmönster, värderingar och preferenser. Det handlar om att möta personen med demens som en person med egna upplevelser, självkänsla och rättigheter trots sviktande funktioner. Vårdarna ska sträva efter en relation och ett

samarbete med personen med demens där personens själv- och medbestämmande värnas. Vikten av att ta hänsyn till kulturell, språklig och religiös bakgrund poängteras (SoS 2010). I en avhandling från Lunds universitet (Edberg 1999) beskriver författaren i en delstudie hur arbetet med personcentrerad omvårdnad praktiskt infördes som en intervention på en avdelning för personer med demens. Genom handledning av personalen som arbetade på avdelningen samt systematisk insamling av information kring personen med demens utformades omvårdnadsdiagnoser och åtgärder som sedan utvärderades regelbundet. För jämförelse fanns en demensavdelning med liknande utgångsförhållanden men där omvårdnaden utfördes som vanligt. Effekten av interventionen följdes upp i flera delstudier med observationer av morgontoalett samt intervjuer med personer med demens och vårdare. Även en analys av handledningsanteckningarna gjordes. Resultatet i avhandlingen visade att ömsesidigheten mellan personerna med demens och vårdarna hade ökat, det var mindre ”otakt” i samarbetet och frekvensen av ”krävande beteende” minskade. Detta tolkades som ett resultat av att omvårdnaden var bättre anpassad efter personen med demens egen förmåga. Personalens förutsättningar i mötet med personen med demens förbättrades genom handledningen och de tolkade ”krävande beteenden” på ett annat sätt. De började se människan bakom problemen och bemöta personen med demens som en unik människa (Edberg 1999).

Det finns en rad olika icke farmakologiska behandlingsmetoder som syftar till att förebygga och dämpa BPSD. Dessa är utvärderade i studier av varierande storlek och kvalitet. I flera olika litteraturgenomgångar har dessa metoder bedömts och skattats utifrån olika kriterier (SBU 2002, Socialdepartementet 2003, SBU 2006, Hansen *et al.* 2008, Neal *et al.* 2009). Gemensamt för alla var att forskningen bedömdes som för knapphändig för att kunna dra några säkra slutsatser men att klinisk erfarenhet ändå tydde på att de kunde ha positiva effekter såsom minskning av både psykiska och beteendemässiga symtom. Några exempel på icke farmakologiska behandlingsmetoder är snoezelen (multisensorisk stimulering med ljus, dofter, musik och taktil stimulering), massage och beröring, reminiscense (minnesstimulering med foton/bilder, musik och gamla ting), sång och musik samt djurterapi. Även validationsterapi förekommer vilket innebär att empatiskt gå med i personens värld för att stärka självkänslan och förhindra ett tillbakadragande av personen (Socialdepartementet 2003).

Interaktion kan vara en utmaning i omvårdnaden av personer med demens som pga. sin sviktande kognitiva förmåga kan ha svårt att relatera till situationen och personen han/hon möter. Även vårdarens syn på personen med demens är av stor vikt för interaktionen. Ett möte sker alltid mellan minst två personer. Båda påverkar på olika sätt hur samspelet i mötet blir. Om vårdaren ser personen med demens som ett objekt eller ett subjekt får stor betydelse för hur samspelet kommer att yttra sig (Edberg 2002). Beroende på vårdarens syn på personen med demens blir det ett Jag - Du perspektiv eller ett Jag - Det perspektiv som religionsfilosofen Martin Buber beskrev redan i början av 1920-talet (Buber 1990). Ett annat problem i interaktionen kan vara att vårdaren har svårt att tolka och förstå vad personen med demens förmedlar/uttrycker både vad det gäller behov och upplevelser såväl fysiskt som psykiskt, socialt, andligt och kulturellt (Edberg 2000). Samma studie (Edberg 2000) visade att ju närmare relation man har med personen med demens desto lättare blir det att tolka och förstå personen. Faktorer som underlättade interaktionen från personen med demens perspektiv kunde vara vårdarens tonfall (Edberg 1999), vårdarens syn på situationen som uppgifts- eller personinriktad eller vårdarens uppmärksamhet gentemot personen med demens (Hallberg *et al.* 1995). Underlättande faktorer för interaktion från vårdarens perspektiv kunde vara om personen med demens inbjuder vårdaren i mötet eller om vårdaren måste göra intrång på grund av att personen med demens inte förstår situationen (Edberg 1999). I en studie (Graneheim *et al.* 2005) beskrevs interaktionen som en finstilt balansgång där vårdaren i olika situationer pendlade mellan sin värld och personen med demens värld, att vara hjälplös versus kapabel samt att känna sig accepterad eller inte av personen med demens. Även Hansebo och Kihlgren (2002) beskrev i sin studie en balansgång för att underlätta interaktionen med personen med demens. En annan studie (Graneheim *et al.* 2001) visade hur interaktionen mellan vårdare och personer med demens relaterar till ett behov av avskildhet, identitet, självbestämmande och säkerhet för personen med demens. Av nämnda studier kan slutsatsen dras att omvårdnaden av personer med demens underlättas av att vårdaren har ett personcentrerat synsätt och har tillräcklig kunskap om personen som omvårdas för att en förtroendefull relation dem emellan ska kunna underlätta interaktionen. Vårdaren behöver också vara lyhörd och flexibel för att kunna anpassa sig efter personen med demens i olika situationer.

Jean Watsons teori för omvårdnad grundas på humanistiska värderingar i kombination med tron på en vetenskaplig kunskapsbas (Watson 1985). Watson beskriver kärnan i omvårdnaden genom tio ”omvårdande faktorer”:

1. Utformandet av en humanistisk-altruistisk värdegrund.
2. Närande av tro och hopp.
3. Kultiverande av en känslighet för sig själv och andra.
4. Uppbyggande av en hjälpande och tillitsfull omvårdande relation.
5. Uppmuntrande och acceptering av positiva och negativa känslouttryck.
6. Användande av vetenskapliga, kreativa problemlösande strategier.
7. Uppmuntrande av mellanmänskligt lärande.
8. Tillåtande av en stödjande, skyddande och/eller korrigerande mental, fysisk, sociokulturell och andlig atmosfär.
9. Hjälpa att tillfredsställa mänskliga behov.
10. Tillåtelse för existentiella, fenomenologiska och andliga styrkor.

Kontentan av denna kärna i omvårdnadens konst är således en icke-medicinsk, människa-till-människa, vårdande relation. Målet i Watsons teori för omvårdnad är att hjälpa personen till en högre grad av harmoni mellan ande, kropp och själ (=hälsa) vilket leder till en upplevelse av självläkande för personen (Marckx 1995). Watsons teori fokuserar på personen som en unik individ med en personlig bakgrund och personliga referensramar (Watson 1985).

Barbara Marckx (1995) har beskrivit hur Watsons teori kan omsättas i omvårdnaden av personer med demens och hur det kan leda till bättre kvalitet i omvårdnaden, högre arbetstillfredsställelse bland personalen samt kostnadseffektiv produktivitet. Rent praktiskt har hon beskrivit hur Watsons tio omvårdande faktorer kan användas i utformandet av omvårdnadsåtgärder och omvårdnadsplaner utifrån individens behov och förutsättningar (Marckx 1995). De omvårdande relationer som är centrala i Watsons teori överensstämmer väl med det som i svenska förhållanden kallas personcentrerad omvårdnad och som beskrivits tidigare i stycket.

Beröring och taktil massage

Beröring är en naturlig del av människans beteende och är ett grundläggande behov från födelsen till döden (Routasalo & Isola 1996). Flera studier (Routasalo & Isola 1996, Routasalo & Lauri 1998, Edvardsson *et al.* 2002) har visat på betydelsen av beröring i omvårdnaden av äldre personer med eller utan kognitiva brister. I en studie (Routasalo &

Isola 1996) beskrev äldre patienter sköterskornas beröring som ömsint, tröstande och viktig. En annan studie (Routasalo & Lauri 1998) visade på tre huvudformer av beröring: att utträta en omvårdnadshandling, att trösta och att skapa en god känsla för både patient och sköterska. Edvardsson et al. (2002) beskrev hur vårdaren med beröring skapade en lugn, vänlig och human relation vilket påverkade omvårdnaden. Studien beskrev också hur vårdarna upplevde hur de genom beröringen kunde förmå att lindra lidande för personen med demens vilket styrkte dem i deras yrkesroll. Resultaten av dessa studier visade att beröring hade en positiv inverkan på både interaktionen och omvårdnadssituationen genom att skapa en lugn och trygg relation mellan vårdare och patient som skapade förutsättningar för en lugn omvårdnadssituation präglad av förståelse för varandra. En amerikansk litteraturgenomgång (Bush 2001) konstaterade att beröring var gynnsamt för äldre förvirrade personer bl.a. genom att öka uppmärksamheten mot omgivningen, främja positiva relationer med vårdarna samt öka responsen. Alla dessa faktorer bidrog till en förbättrad kontakt med omgivningen.

Behaglig beröring bidrar till bland annat avslappning, ökad vakenhet, minskad smärta samt lindring av depressionssymtom. En mediator i den funktionen är hormonet oxytocin. Detta hormon identifierades redan i början av 1900-talet av Henry Dale, då i samband med förlossning och amning. Den svenska forskaren Kerstin Uvnäs-Moberg sammanfattar aktuell forskning kring oxytocin, bland annat sin egen, i boken Närhetens hormon (Uvnäs-Moberg 2009). Där beskriver hon hur senare forskning visat att oxytocin är verksamt hos båda könen och att det utövar effekt på flera olika system i kroppen. Bland annat fungerar det som en antagonist på stressmediatorer i kroppen, till exempel kortisol. Hon beskriver också hur forskare genom försök på råttor visat att oxytocin är inblandat i social interaktion och anknytning mellan individer. Andra försök har visat hur behaglig beröring ökar utsöndringen av oxytocin (Uvnäs-Moberg 1998). Beröring har således, förutom många andra effekter, även en rent kemisk betydelse för samspelet mellan individer.

Taktil betyder känsel och taktil massage definieras som ”mjuk omslutande beröring av huden, som sker med respekt, omtanke och lyhördhet för individens integritet och behov” (Ardeby 2005, s.20). Taktil massage är en yttlig beröring som inte innefattar underliggande vävnader. De delar av personen som inte masseras lindas in i filter eller handdukar för att personen ska hållas varm och slippa känna sig avklädd. Eftersom metoden är mjuk och medveten går den bra att utföra även hos personer som har smärta. Massageolja kan användas för att underlätta

rörelserna över huden. Massören strävar hela tiden efter att behålla kroppskontakten och metoden innebär lätta strykningar längs med den kroppsdel som masseras med cirklande och tvärgående rörelser även kring lederna (Alexandersson *et al.* 2003). Flera studier (Alexandersson *et al.* 2003, Olsson *et al.* 2004, Henricson *et al.* 2008, Sturgeon *et al.* 2009) på olika patientgrupper såsom patienter med cancer eller stroke eller som vårdas på IVA, har visat att taktil massage har lett till avslappning, smärtlindring, ångestdämpning och förbättrad livskvalitet.

Flera studier (Kim & Buschmann 1999, Skovdahl *et al.* 2007, Holliday-Welsh *et al.* 2009) har visat att taktil massage och andra former av medveten beröring har en gynnsam effekt hos personer med demenssjukdom. Skovdahl *et al.* (2007) visade att regelbunden taktil massage under en tid ledde till tecken på positiva känslor, avslappning samt minskad aggressivitet hos vissa personer med demens. För andra personer visade materialet på motsatsen det vill säga att personen med demens blev mer orolig och aggressiv under behandlingsperioden. Vårdarna beskrev i sin dokumentation av massagetillfällena en mer positiv interaktion och en varmare relation med personerna med demens bl.a. till följd av avslappningen under massagen som kunde leda till att personen med demens tog initiativ till interaktion. En kvantitativ studie (Kim & Buschmann 1999) visade signifikanta tecken på avslappning (sänkt puls) och minskad frekvens av dysfunktionellt beteende hos personer med demens efter några dagars behandling med medveten beröring och handmassage. En interventionsstudie (Holliday-Welsh *et al.* 2009) visade att frekvensen av BPSD sjönk under de sex dagar som interventionen i form av massage pågick. Denna effekt kvarstod vid de uppföljningsmätningar som gjordes efter sju och fjorton dagar. Sammantaget visade studierna tvetydiga resultat som kan tolkas som att taktil massage kan passa vissa personer med demens och andra inte. Det finns en svensk rapport om befintlig forskning kring mjuk massage vid demenssjukdom från 2002 (SBU 2002) och Cochrane Library publicerade 2008 en systematisk sammanställning av befintlig forskning kring massage- och beröringsterapier vid demenssjukdom (Hansen *et al.* 2008). Endast två studier uppfyllde kriterierna i den senare sammanställningen och inkluderades. Båda rapporterna visar samma resultat nämligen att det vetenskapliga underlaget inte är tillräckligt stort för att kunna dra några slutsatser men att resultaten som finns tyder på att massage och beröring kan vara ett bra komplement i omvårdnaden av personer med demens.

Problemformulering

I Sverige finns idag ca 150 000 personer med demens. De flesta av dessa (90%) beräknas utveckla någon form av BPSD och flertalet av dem vårdas i hemmet. Många av dessa personer kommer att ha kontakt med en distriktssköterska av olika anledningar. I många distriktssköterskors arbete ingår interaktion med, samt bedömning och behandling av personer med demens och BPSD. Det finns forskning som har visat att taktil massage kan ha goda effekter på interaktionen med personer med demens. I en studie av Skovdahl et al. (2007) beskrev vårdarna som utfört taktil massage hur relationen till personen med demens blev varmare vilket underlättade interaktionen. Annan forskning har visat att beröring och taktil massage kan ha goda effekter på både oro och agitation (Kim & Buschman 1999, Holliday-Welsh *et al.* 2009) vilket kan tolkas som gynnsamt för interaktionen. Distriktssköterskor och andra som vårdar personer med demens i hemmet behöver mer kunskap kring hur de på bästa sätt kan nå fram till personen med demens och skapa värdefull interaktion. I en ostrukturerad observationsstudie har forskaren möjlighet att se företeelser ur ett oberoende perspektiv vilket kan leda till en objektiv beskrivning av ett fenomen (Patton 2002). En ”case study” med flera fall som studeras över tid ger ytterligare en dimension till fenomenet (Polit & Beck 2008). En studie med sådan karaktär var därför intressant för att kunna bidra till förbättring av omvårdnaden av personer med demens inom distriktssköterskans profession.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva interaktionen mellan vårdare och personer med demens i samband med taktil massage* samt att beskriva vårdarnas upplevelse av vad som hände i interaktionen.

*proceduren när vårdaren tog kontakt, genomförde och avslutade behandlingen

Metod

Design

Studien hade en kvalitativ ansats och beskrivande design. Den utformades som en fallstudie (eng. case study) vilket är en relevant metod när forskaren vill göra en mer djupgående undersökning av både förhållanden mellan fenomen och trender över tid (Polit & Beck 2008).

Urvalsmetod, undersökningsgrupp och kontext

Undersökningspersonerna rekryterades med ändamålsurval (eng. purposive sampling) som är en metod för att selektera lämpliga personer/situationer för den aktuella studien (Polit & Beck 2008). Urvalet bestod av två personer med demenssjukdom samt tre rehabassistenter (vårdare) som utförde den taktila massagen. Inklusionskriterierna för personerna med demens var att de skulle ha genomgått en skattning med NPI-skalan som hade visat BPSD-problematik samt att de skulle ha utvalts till att få taktil massage som behandling. De tre vårdarna var de enda som var utbildade Taktipro-massörer och utsedda till uppgiften i kommunens regi.

Behandlingstillfällena som observerades valdes utifrån tillfällena som tidsmässigt passade både observatör, vårdare och personen med demens. Inget bortfall var aktuellt under studien.

Studiedeltagarna rekryterades från en kommun i Mellansverige. De två personer med demens som deltog var båda kvinnor över 80 år, hade demens men var inte utredda samt BPSD i form av motorisk rastlöshet respektive ångest och ropbeteende. De hade båda hunnit få några behandlingar med taktil massage innan observationerna startade. Vårdarna var mellan 31 och 60 år och hade mellan 13 och 40 års erfarenhet av äldrevård. De hade gått utbildning i taktil massage samtidigt 2009-2010 och var diplomerade i Taktipro - originalmetoden taktil massage. De hade därefter praktiserat metoden i sitt yrke samt bland familj och vänner. En av vårdarna använde även taktil massage på fritiden vid sin massagemottagning. Vårdarna ingick i ett rehabteam tillsammans med arbetsterapeut och sjukgymnaster och en av deras arbetsuppgifter var att ge taktil massage till personer med demens och BPSD. I kommunen fanns ett demensteam bestående av olika professioner som arbetade aktivt med att utveckla demensvården. För att upprätthålla god kvalitet inom demensvården ingick kommunens rehabteam i BPSD-registret och använde detta material vid bedömning av personer med demens vad det gällde grad av sjukdom, förekomst av BPSD samt behov av insatser. Personerna med demens som valdes ut till att få taktil massage hade alla, i den skattningsskala som användes, visat olika grader av BPSD. Taktil massage blev en del i behandlingen i deras genomförandeplan.

Datainsamlingsmetod

Data samlades in med hjälp av ostrukturerade observationer där observatören höll en låg grad av deltagande. Ostrukturerade observationsstudier syftar enligt Polit och Beck (2008) till att förstå beteenden och erfarenheter hos människor som de faktiskt förekommer i naturlig miljö. Det är därför viktigt att observatören smälter in och stör sammanhanget så lite som möjligt.

Endera gör observatören det genom att ingå i gruppen eller företeelsen som studeras eller genom att studera gruppen eller företeelsen på avstånd. Graden av deltagande kan variera (Patton 2002). Insamlingen av data vid observationsstudier kan göras med hjälp av inspelade diktat, dagboksanteckningar eller fältanteckningar. Fältanteckningar kan innehålla både direkta anteckningar av vad som observerats men också observatörens reflektioner och tankar kring det observerade. Fältanteckningar kan föras direkt under observationen eller vid ett senare tillfälle. Rekommendationen är dock så nära observationstillfället som möjligt för att undvika att information ”tappas på vägen” (Polit & Beck 2008, Patton 2002).

Fältanteckningar från observationer kan anses vara redan kondenserad text eftersom den är bearbetad under nedtecknandet (Graneheim *et al.* 2001). Efter varje observationstillfälle hölls en kort bandad reflektiv intervju med vårdaren som hade utfört behandlingen för att få ett underlag för att beskriva dennes upplevelse av interaktionen under behandlingen. En inledande fråga ställdes angående vad vårdaren hade upplevt av interaktionen under massagebehandlingen. Intervjun spelades in på diktafon. Att använda flera metoder för att samla in data kallas triangulation och kan användas för att styrka resultatet. Alla insamlingsmetoder har styrkor och svagheter och kan därför komplettera varandra när det gäller att få ett rikt material att analysera (Patton 2002). Bakgrundsfakta som inhämtades gällande vårdarna var ålder, kön, arbetslivserfarenhet och utbildningar samt erfarenhet av taktill massage. För personerna med demens var bakgrundsfakta ålder, kön, demensdiagnos och form av BPSD.

Tillvägagångssätt

Före start av studien inhämtades tillstånd från verksamhetschef för äldreomsorgen i berörd kommun samt från Forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle. Vårdarna som ingick i undersökningsgruppen tillfrågades först muntligt och fick sen skriftlig information samt förfrågan om samtycke till deltagande i studien. Eftersom samtycke inte kunde inhämtas från personerna med demens på grund av deras sjukdomstillstånd tillfrågades deras närstående. I det ena fallet fick de närstående först informationsbrev och förfrågan om samtycke utdelat av personalen vid boendet. Efter muntligt medgivande ringde författaren upp för ytterligare information samt möjlighet för frågor. I det andra fallet var närstående bosatta på annan ort varför författaren först ringde upp för muntlig information och efter medgivande skickades informationsbrev och förfrågan om samtycke. I informationen som lämnades ut framgick att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan

motivering. Där förtydligades även att stor hänsyn skulle tas till personens integritet och självbestämmande. Om personen med demens skulle visa tecken på att vara störd av observatörens närvaro skulle observationen genast avbrytas. Skriftligt medgivande inhämtades från samtliga vårdare som deltog i studien samt från närstående till personerna med demens. Personerna med demens som deltog i studien valdes av de vårdare som utförde taktill massage utifrån de urvalskriterier som var uppsatta samt lämplighet för att delta i studien. Fem observationer av varje fall utfördes under en tidsperiod på två månader. Personerna fick behandling två till tre gånger per vecka under den tiden. Observationerna genomfördes i personernas hem på särskilt boende, i de flesta fall i personens eget rum, i några fall i allmänna utrymmen på boendet. Inför varje observationstillfälle tillfrågades personen med demens om observatören fick närvara vilket bifölls vid alla tillfällen. Under behandlingen satt observatören en bit ifrån vårdaren och personen med demens med god sikt över vad som hände och fullt synlig för deltagarna. Anteckningar fördes hela tiden om rörelser, ögonkontakt och konversation så ordagrant som möjligt. Tidsangivelser infogades i anteckningarna med jämna mellanrum (Patton 2002, Polit & Beck 2008). Vid några tillfällen blev observatören involverad i konversationen på personen med demens initiativ. Observatören svarade då men försökte återta en neutral position så snart som möjligt. Observationerna tog mellan 20 och 47 minuter med ett medel på 33 minuter. De efterföljande intervjuerna med vårdarna genomfördes i deras arbetslokaler en kort stund efter observationen och var en kort reflektion av vad vårdaren uppfattat av interaktionen under massagebehandlingen (Patton 2002). Intervjuerna tog mellan 1,5 till drygt 6 minuter. Observationer och intervjuer ägde rum under två månader våren 2011. Författaren gjorde fältstudier vid tre tillfällen innan datainsamlingen startade tillsammans med vårdarna som utförde taktill massage för att förbereda sig inför observationerna samt att bekanta sig med personerna som skulle observeras samt personalen på boendena (Polit & Beck 2008). Övrig personal fick då även skriftlig information om hur studien skulle gå till. Tillvägagångssättet för observationerna diskuterades med handledaren och testades under fältstudierna. Författaren till föreliggande studie har själv utfört samtliga observationer och intervjuer. En pilotobservation och intervju utfördes där handledaren efteråt läste igenom observations- och intervjutext. Inga ytterligare förändringar var nödvändiga varför pilotobservationen kunde inkluderas i analysmaterialet.

Dataanalys

Observationstexterna analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004). Studien genomfördes som en ”multiple case study” (Polit & Beck 2008) där de båda fallen (personerna med demens) analyserades var för sig för att sedan jämföras i diskussionen vad det gällde likheter och skillnader. En analys gjordes även på förändringar över tid i respektive fall. Observationstexterna betraktades som redan kondenserad text (Graneheim *et al.* 2001) medan intervjuerna transkriberades ordagrant. All text lästes sedan igenom upprepade gånger för att författaren skulle få en bild av helheten och det huvudsakliga innehållet i texterna. Observationstexterna delades in i meningsbärande enheter utifrån syftet med studien. Det innebar ord, meningar eller stycken som tycktes höra ihop genom sitt innehåll. Den kondenserade texten abstraherades sedan för att lyfta dess innehåll till en högre logisk nivå och försågs med en kod som beskrev kärnan i den meningsbärande enheten. Koderna jämfördes med sitt innehåll och sorterades in under kategorier vilka sedan sorterades under två subteman. När observationstexterna hade analyserats lästes intervjutexterna återigen igenom och analyserades deduktivt. Meningsbärande enheter lyftes ut, abstraherades, försågs med koder som sorterades in i de kategorier och subteman som redan fanns från observationstexten. Slutligen formades ett tema för varje fall som förtydligade den röda tråden genom arbetet (Graneheim & Lundman 2004). Under varje steg i analysprocessen har författaren sett tillbaka på tidigare steg för att hålla sig till helheten och till syftet med studien. Analysprocessens olika steg har fortlöpande diskuterats med handledare och studenter i handledningsgruppen. Teman, subteman och kategorier har justerats flera gånger under processens gång.

Forskningsetiska överväganden

Att utföra studier med personer som på grund av sin sjukdom inte själva kan informeras eller ge sitt samtycke till att delta i en studie är ett etiskt känsligt område. Därav skickades en ansökan om tillstånd att genomföra studien till Forskningsetiska rådet på Högskolan i Gävle. Ansökan om tillstånd söktes även hos verksamhetschefen inom äldreomsorgen i berörd kommun. Både muntlig och skriftlig information gavs till medverkande vårdare, närstående till personerna med demens samt till personalen på boendena. Skriftligt samtycke inhämtades från vårdarna som utförde taktill massage samt från närstående till personerna med demens. I informationen framgick klart att deltagandet var frivilligt och att personerna när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien utan att det skulle få några personliga konsekvenser.

Där förklarades även att stor hänsyn skulle visas för undersökningspersonernas integritet och självbestämmande. Vårdarna och personen med demens skulle personligen tillfrågas inför varje behandlingstillfälle om observatörens tillåtelse att närvara för att studera vad som hände under behandlingen. Vårdaren tillfrågades innan färden till patienten om lämplighet att närvara. Personen med demens tillfrågades precis innan behandlingen om observatören fick närvara. Om de hade motsagt sig detta eller på annat sätt visat sin motvilja hade observationen avbrutits. Det framgick även i informationen att undersökningsmaterialet skulle och har förvarats utan åtkomst för obehöriga och att resultatet skulle och har presenteras på ett sätt så att personernas identitet inte gick att känna igen utom möjligen för dem som hade närvarat vid observationstillfällena och intervjuerna.

Resultat

Resultatet av studien presenteras i två delar, varje fall för sig utifrån de teman, subteman och kategorier som framkom. Två tabeller används för att tydliggöra resultatet. För att styrka trovärdigheten har fältanteckningar från observationer använts som är markerade med [] samt citat från intervjuer som är markerade med ” ”. I presentationen av kategorierna beskrivs först resultatet utifrån fältanteckningarna och därefter vårdarnas reflektioner från intervjuerna. Vid analysen framstod två olika teman för de två fall som har studerats: *Att må bra av kontakt men vara besvärad av beröring* och *Från att inte förstå och nonchalera till gradvis ökad respons och tillit*. De två subteman som framkom är dock gemensamma för de två fallen: *Interaktion med bristfälligt samspel* och *Interaktion präglad av samspel och tillit* (Se tabell 1 och 2). Utifrån syftet med studien valdes att beskriva interaktionen ur personen med demens perspektiv. *Interaktion med bristfälligt samspel* handlar om de företeelser under massagebehandlingen som inte var resultat av eller ledde till ett fruktbart samspel för personerna med demens. *Interaktion präglad av samspel och tillit* handlar om de företeelser under massagebehandlingen som präglades av ett gott samspel mellan personen med demens och vårdaren det vill säga när de nådde fram till varandra genom ord eller handlingar. De två kvinnor som studerades var väldigt olika i sitt beteende vilket gjorde att vissa kategorier skilde sig åt medan några sammanföll i båda fallen även om innehållet i dessa kunde variera. Detta beskrivs närmare under respektive kategori i resultatbeskrivningen. I analysen ingick

även att studera de båda fallen över tid för att se om det gick att skönja en förändring i interaktionen. Namnen på personerna i presentationen är fingerade för att skydda deras identitet.

Att må bra av kontakt men vara besvärad av beröring – Svea

I Sveas fall framkom inte någon tydlig förbättring av interaktionen under behandlingsperioden med taktill massage. De skillnader som framstod mellan studietillfällena tolkades snarare som en fråga om Sveas dagsform. Det som var tydligast genomgående i hennes fall var att hon inte tyckte om beröringen i den taktilla massagen, den besvärade henne. Däremot var hon tacksam för sällskapet. Ur detta sprang temat *Att må bra av kontakt men vara besvärad av beröring*.

Det speglar hur Svea föredrog att samspela med vårdarna som utförde taktill massage och vad som stod i vägen för ett gott samspel från hennes perspektiv under behandlingen.

Sammanfattningsvis visade analysen att Svea uppskattade vårdarens sällskap och fann nöje i att konversera men att hon kände sig besvärad av beröringen i massagebehandlingen vilket störde interaktionen mellan dem i flera fall. Temat bygger på de två subtemana *Interaktion med bristfälligt samspel* och *Interaktion präglad av samspel och tillit* och sammanfattar de sex kategorierna *att inte vilja vara till besvär*, *att känna sig besvärad*, *att uttrycka otrygghet*, *att vilja samtala*, *att visa uppskattning* och *att slappna av* som framkom under analysen, se tabell 1.

Tabell 1 Tema, subteman och kategorier från fall 1 - Svea

Tema	Att må bra av kontakt men vara besvärad av beröring	
Subteman	Interaktion med bristfälligt samspel	Interaktion präglad av samspel och tillit
Kategorier	Att inte vilja vara till besvär	Att vilja samtala
	Att känna sig besvärad	Att visa uppskattning
	Att uttrycka otrygghet	Att slappna av

Interaktion med bristfälligt samspel

Detta subtema handlar i Sveas fall om de delar av hennes personlighet och uttryck som hindrade att taktil massage blev ett redskap för bättre interaktion. Hon var en person som *inte ville vara till besvär* för sin omgivning, hon ville hellre ge än ta emot. Hon *kände sig besvärad* av beröring som inte var ”uppgiftsinriktad” vilket medförde en svårighet att slappna av. Hon *uttryckte otrygghet* när hon hade svårt att tolka vad som hände i situationen. Otryggheten bidrog även den till svårigheter att slappna av. Dessa faktorer som blev till kategorier sammanföll under subtemat *Interaktion med bristfälligt samspel* på grund av att de utgjorde hinder för ett gott samspel.

Att inte vilja vara till besvär

Svea visade vid flera tillfällen att hon inte ville vara till belastning för vårdaren, vilket ledde till svårigheter i interaktionen. I hennes personlighet kunde man se ett tydligt drag av värdinneskap vilket innebar att hon såg som sin uppgift att ”besöket” skulle ha det trevligt och inte skulle belastas med uppgifter. Detta kunde hon visa genom att tacka nej till erbjudande om massage. [V: *Igår fick du lite massage av mig och det tyckte du var skönt. Du blev varm. S: Vi gör inget åt det idag eller. V: Jag tänkte bara massera lite... S: Vi krånglar inte med det e`. V: Du vill bara prata du. S: Det är väl trevligt det.*] Andra gånger försökte hon avbryta massagen med hänvisning till att det skulle vara besvärligt eller tröttsamt för vårdaren. [Svea vill inte besvära. Tycker att vårdaren kan sluta massera nu. S: *Du har väl inte tid. V: Jag skulle vilja fortsätta. Får jag det? S: Jaa, ett litet tag då.*] Svea kunde med sin uppoffrande personlighet tillåta vårdarna att massera henne för att tillfredsställa deras önskan även om hon själv inte fann någon glädje i massagen utan snarare var besvärad av den. En av vårdarna som hade bakgrundskunskap om Sveas livshistoria, tolkade Sveas avböjande beteende under en efterföljande intervju. Hon beskrev att Svea alltid varit en person som gett mycket av sig själv till andra, både familj och vänner, och kanske därför haft svårt att ta emot något, både materiellt och handlingar, från andra. Hon trodde att detta nu speglades i Sveas svårighet att ta emot taktil massage och andra handlingar av omsorg.

Att känna sig besvärad

Svea var tydligt besvärad av beröring och handlingar av omsorg vilket lätt blev hinder i interaktionen. Oftast markerade hon det tydligt genom att säga ifrån till exempel när vårdarna ville bre på henne och få henne att ligga ner och vila. Då visade hon oftast att hon ville sköta om det själv genom att säga ifrån på skarpen. Endast vid sista observationstillfället framkom

inte några tecken på att hon kände sig besvärad. Hon kunde vara ganska bestämd när hon avvisade vårdarna. [Vårdaren försöker hjälpa Svea att lägga sig ner och slappna av. Hämtar en filt och ett bolltäck som hon tänkte bädda om Svea med. Svea vill dock varken ligga eller ha filt på sig: *Lägg tillbaka den där nu! Låter irriterad.*] Andra gånger kamouflerade hon budskapet som omsorg om vårdaren. T.ex. att vårdaren måste sluta massera för att hon skulle hinna gå hem innan det blev för mörkt. Ibland försökte hon att skämta bort sitt skarpa avvisande. [*S: Nu kan du sluta. Jag blir trött på dig.* Hon skrattar lite försmädligt. *V: Nu fick jag! S: Ja, nu fick du.* Skrattar lite.] Vid ett tillfälle blev Svea väldigt besvärad av att vårdaren använde massageolja på hennes händer. Det störde samspelet mellan dem under hela behandlingen. Hon återkom hela tiden till att det var så kladdigt och att hon hade fått nog av massage. En av vårdarna berättade vid ett tillfälle att hon upplevde att Svea inte var mottaglig för massagen, inte ens för beröring. Hon upplevde det som att Svea kopplade av bättre när hon inte rörde henne. En annan av vårdarna tolkade Sveas avvisande beteende som att hon inte var van vid beröring och omsorg på detta sätt. I hennes värld hade det förmodligen inte förekommit massage eller nära beröring med personer som inte stod henne väldigt nära. "*V: Man... kan försöka men sen får man respektera. O: Jaa V: Absolut, för hon är nog en sån som man inte... jaa... hon är inte riktigt van det här tror jag...*"

Att uttrycka otrygghet

Vid ett par observationstillfällen visade Svea att hon kände sig otrygg. Den oro hon visade verbalt och i sitt kroppsspråk tolkades som en otrygghet som hade sin grund i hennes nedsatta kognitiva förmåga vilket gjorde att hon dessa gånger inte klarade av att tolka situationen hon befann sig i. Otryggheten bidrog till brister i samspelet. Vid det första observationstillfället misstolkade Svea situationen när vårdare och observatör anlände till boendet. Hon trodde att hon satt och väntade på besök i köket och när vårdaren rullade in henne på sitt rum blev hon rädd att missa sitt besök vilket gjorde henne orolig. Vårdaren anpassade sig efter Sveas värld och tog om hela proceduren från köket igen vilket löste situationen men ändå påverkade interaktionen mellan dem relaterat till Sveas oro. Vid ett annat observationstillfälle hade Svea redan när vårdaren anlände "tappat bort sina anhöriga" och var väldigt orolig över detta. Den otrygghet hon kände när hon inte visste var familjen fanns påverkade samspelet under behandlingen dels eftersom behandlingen fick utföras i korridoren på boendet och därför stördes av förbipasserande som stannade och pratade, dels eftersom Svea hela tiden återkom till ämnet för sin oro och inte kunde slappna av i nuet. [Svea blir orolig igen... hon tar om samma frågor gång på gång. Vårdaren hakar på och försöker lugna när Svea är orolig. *V: Det finns en säng åt dej här om*

du vill ligga och vila lite. S: Neej, jag är inte trött jag heller. Jag måste se när de andra kommer.] Vårdarens försök att avleda Svea med samtal och lätt beröring hjälpte endast under korta stunder. Oron satt så djupt rotad så att den kom upp till ytan om och om igen. Svea verkade dock aldrig känna sig orolig eller otrygg gentemot vårdarna. Tvärtom verkade hon trygg och tillitsfull tillsammans med dem. Det blev tydligt genom att hon inte tvekade att lämna ut sin egen livsberättelse till dem eller att låta dem sitta på sängkanten, inom hennes privata sfär.

Interaktion präglad av samspel och tillit

Under detta subtema i Sveas fall framträder de budskap som Svea förmedlade som gynnade interaktionen med vårdaren. Hennes *vilja att samtala* och vara social samt *förmåga att visa uppskattning* bidrog till en lättsam kommunikation. Hon hade även en *förmåga att slappna av* de gånger då hon inte var distraherad av något som störde henne. Dessa faktorer gynnade ett gott samspel och blev till kategorier som föll under subtemat *Interaktion präglad av samspel och tillit*.

Att vilja samtala

Svea hade ett stort behov av att samtala och att socialisera med sitt besök. Detta kunde dels höra samman med hennes upplevda roll som värdinna men tolkades även som ett eget behov av att vara social. Svea var nästan alltid den som inledde konversationen med någon fråga som visade att hon var intresserad av vårdaren vilket bidrog till samspelet dem emellan. För det mesta gällde frågan var vårdaren bodde eller vad hon arbetade med. Vårdarens svar brukade vara början till att Svea bjöd på sig själv och berättade om sitt liv, ett tecken på tillit. Sveas berättelse handlade mycket om hennes familj, föräldrar, man och barn, om var hon bodde och jobbade men även vad hon tyckt om att göra. Svea kunde använda sig av standardfraser för att fylla ut konversationen t.ex. ”Men det är klart, alla ska ju bli gamla.” Hon hade nästan alltid ögonkontakt med den hon samtalade med. Vid några tillfällen vände hon sig även till observatören med frågor för att involvera denna i samtalet. Detta tolkades som ett tecken på hennes behov av att vara en god värdinna. Hon ville att alla i rummet skulle känna sig bekväma och vara med i konversationen. [Svea vill prata lite med mig (observatören) ”innan jag ska gå”. Jag frågar om barnen igen och hon berättar. Tydlig ögonkontakt med mig under tiden. Hon berättar också att hon rest mycket i sitt liv. Svea vänder sig till vårdaren igen: *Var bor du då?* Vårdaren berättar igen. Svea berättar åter om sin släkt. Vårdaren hakar på och upprepar sånt som Svea berättat tidigare. Svea fortsätter och berättar mer.] På grund av sviktande närminne upprepade Svea ofta sina frågor under ett

behandlingstillfälle. Det hände att vårdaren svarade på var hon bodde uppåt tio gånger under en massagebehandling. Vid ett observationstillfälle var Svea för trött för att driva ett samtal. Hon som alltid annars tog initiativ till att konversera orkade inte prata annat än när hon svarade på vårdarens frågor. Hon svarade dock adekvat men kort utifrån sin värld och fyllde på med relevant information. Vårdarna reflekterade i intervjuerna över att Sveas behov av att samtala var större än hennes nytta av taktil massage och att hon tyckte att det var roligt att samtala. Vårdarna hade också reflekterat över att Svea tyckte att det hörde till hennes plikt att samtala med sitt besök. *”...ja, hon var inte mottaglig för massage, det var hon inte... just inte ens beröring... det var mer, mer den sociala biten å prata...”*

Att visa uppskattning

Trots att Svea oftast var besvärad av massagebehandlingen kunde hon ändå visa uppskattning och tillit gentemot vårdaren. Vid ett par tillfällen uttryckte hon till och med att hon tyckte att det var skönt med massage. Annars handlade det om att hon uttryckte sig så att det framgick att hon uppskattade vårdarens sällskap. Vid ett tillfälle inbjöd hon till exempel en av vårdarna till ett nytt besök då hon ville bjuda på *”en god middag”* eftersom hon inte hade något hemma att bjuda på för tillfället. Hon samspelade även genom att visa med varma leenden och hjärtliga blickar att hon uppskattade vårdaren. Vid ett tillfälle sa hon *”Tack för hjälpen”* direkt efter att hon ganska skarpt hade sagt till vårdaren att hon skulle sluta massera hennes fot och sätta ned den. Detta tolkades som ett tecken på hennes inneboende vänlighet och vilja att vara sitt besök till lags.

Att slappna av

Det fanns flera anledningar till att Svea hade svårt att slappna av under massagebehandlingen. Dels var hon oftast besvärad av beröringen. Vissa gånger var hon distraherad av sin egen oro. Andra gånger fokuserade hon helt på att samtala med vårdaren. Det fanns dock några tillfällen när det märktes att hon slappnade av och uppfattades njuta av behandlingen även om det var korta stunder. De gånger Svea fick massage i sängen satt hon rak i ryggen med benen rakt ut framför sig men när hon slappnade av kunde hon luta sig tillbaka mot kuddarna. [Vårdaren fortsätter att massera Sveas ena hand. Svea lägger sig ner, slappnar av och blundar. Hon tittar upp lite på vårdaren ibland. Hon säger att det känns bra.] Andra gånger handlade det om att hon bara satt stilla och tyst och tog till sig massagen. När hon var så avslappnad och tillitsfull kunde hon också tala om att massagen kändes skön. Vid sista observationstillfället var Svea så avslappnad hela

tiden att hon inte på något sätt visade att hon var besvärad av massagen. Hon blev snabbt trött och accepterade vårdarens förslag att lägga sig och vila utan protester. Vårdarna berättade hur de kunde känna i Sveas kropp när hon slappnade av. Eftersom de hade kroppskontakt med Svea hela tiden så kunde de märka avslappning hos henne vid tillfällena när det inte var uppenbart för observatören. ”...och eh då, då kände man ju, man såg väl på andningen och hela henne, uttrycket på henne att hon lugnade ner sig... ...den där motoriska oron som hon hade i benet, hela tiden så... ...höll hon på å sparkade med benet men då, då lugnade hon sej med det.”

Från att inte förstå och nonchalera till gradvis ökad respons och tillit – Dagmar

Till skillnad från Svea visade Dagmar en tydligt positiv utveckling i interaktionen med vårdaren under den period som behandlingen med taktil massage studerades. Från att vid det första observationstillfället visa nonchalans mot vårdaren eller uttrycka obehag vid massagebehandlingen blev hon mer öppen och tillitsfull vilket tolkades som att hon kände sig trygg i situationen. Vid sista tillfället hade hon till och med ögonkontakt med vårdaren. Ur denna positiva utveckling framträdde temat *Från att inte förstå och nonchalera till gradvis ökad respons och tillit*. Under detta tema placerades samma subteman som i Sveas fall; *Interaktion med bristfälligt samspel* samt *Interaktion präglad av samspel och tillit* vilka speglar de sex kategorierna *att uttrycka obehag*, *att uttrycka otrygghet* och *att visa irritation*, *att samtala/svara*, *att slappna av* samt *att uttrycka att man vill ha kontakt* som framkom under analysen, se tabell 2.

Tabell 2 Tema, subteman och kategorier från fall 2 - Dagmar

Tema	Från att inte förstå och nonchalera till gradvis ökad respons och tillit	
Subteman	Interaktion med bristfälligt samspel	Interaktion präglad av samspel och tillit
Kategorier	Att uttrycka obehag	Att samtala/svara
	Att uttrycka otrygghet	Att slappna av
	Att visa irritation	Att uttrycka att man vill ha kontakt

Interaktion med bristfälligt samspel

Trots den positiva interaktionsutveckling som visade sig i Dagmars fall fanns det faktorer som, särskilt i början av behandlingsperioden, utgjorde hinder i samspelet med vårdaren som gav taktil massage. Dagmar *uttryckte ibland obehag över beröringen*. Hon kunde också, verbalt eller med kroppsspråk *uttrycka otrygghet* över saker som hände omkring henne. Vissa gånger *uttryckte hon irritation*, ibland över helt oförståeliga anledningar. Dessa faktorer visade på svårigheter för ett bra samspel med vårdaren och blev till de tre kategorier som samlades under subtemat *Interaktion med bristfälligt samspel*.

Att uttrycka obehag

Dagmar hade flera olika sätt att uttrycka när något var obehagligt. Ibland var det mer reflexmässiga, kroppsliga reaktioner som att rycka till vid beröring. Ibland var det verbala uttryck som att ropa "Aj!" eller "Oj!" när något gjorde ont eller var obehagligt. Andra gånger kunde hon rabbla långa haranger av oförståeliga ord som ändå kunde tolkas som en protest mot behandlingen. Det kunde också vara mer som grymtningar eller mummel. Ibland svarade hon "Ja" när vårdaren frågade om det gjorde ont. [V: *Får se om du kan rätta ut den här armen också?* D: *Neej da. Oj!* V: *Gör det ont i fingrarna?* D: *Jah!*] Ibland bara suckade hon på ett sätt så att det var uppenbart att hon inte mådde bra. Det hände också att hon suckade "Mamma" på ett sätt som vårdaren tolkade som att hon ville ha hjälp när det gjorde ont. Uttrycken av obehag blev till tecken på brister i samspelet.

Att uttrycka otrygghet

Dagmar visade ofta tecken på otrygghet före och under massagebehandlingen. Hon hade svårt att förstå vem det var som kom in i rummet. Otryggheten blev ett hinder för samspelet. Vid det första observationstillfället visade sig otryggheten genom att hon nonchalerade vårdaren. Hon vände inte huvudet mot henne när hon kom och svarade inte på frågor. Detta uppfattades som att hon hade svårt att tolka situationen på grund av sin nedsatta kognitiva förmåga. Att hon var osäker på vad syftet med besöket var. [Hon blundar som hon brukar och vänder inte huvudet mot oss när vi kliver in. Vårdaren sätter sig på en stol bredvid och smeker Dagmars hand: *Är du trött idag Dagmar?* Dagmar svarar inte.] Dagmar blev ofta störd av en annan kvinna på boendet som gjorde oanmälda besök på Dagmars rum i sin rullstol. Hon var en källa till Dagmars otrygghet. Dagmar var också väldigt känslig för ljud runtomkring och blev otrygg när någon ryckte i dörren eller talade högt utanför rummet. Ibland ropade hon "Tyst!" eller mumlade en bitter

harang när hon hörde röster eller ljud. Otryggheten kunde också handla om att hon inte kunde slappna av vid beröring. Vårdarna berättade att de kunde känna det i hennes kropp när de utförde vissa rörelser i massagen. ”...*då provade jag ju å massera händerna direkt men det kände jag att det, det vart hon inte nåt avslappnad av...*” Vissa rörelser gjorde Dagmar mer otrygg än andra. Hon kunde också visa sin otrygghet med en synlig motorisk oro. En av vårdarna försökte få Dagmar att känna sig tryggare genom att prata om hennes anhöriga och platsen där hon kom ifrån. Ibland blev Dagmar lugnare av det, andra gånger inte alls.

Att visa irritation

Dagmar visade ibland irritation för företeelser. De gångerna ledde irritationen till hinder i interaktionen. Vissa gånger var det uppenbart vad som var orsaken till irritationen men ibland handlade det om saker som inte var tydliga för personer som fanns runtomkring. Vissa gånger kunde hon ligga och mumla irriterat och ibland hördes tydligt att hon sade att något var ”skit”. Andra gånger protesterade hon irriterat mot behandlingen, någon gång tog hon i på skarpen. [*Hon börjar försiktigt massera Dagmars ena hand under filten. Dagmar protesterar: Vad gör du nu? (Irriterat tonfall)*] Hon kunde svara med ett irriterat tonläge på frågor från vårdaren. Ibland låg hon bara och gnatade. Irritationen var ofta värst i början av behandlingen och berodde då på att Dagmar retat upp sig på något innan vårdaren kom, till exempel att hennes granne rullat in på rummet utan lov. Dagmars irritation avtog snabbare och snabbare dels under varje enskild behandling men också allt eftersom behandlingarna fortskred. Innan den sista observationen berättade personalen på boendet att Dagmar hade en dålig dag och var väldigt irriterad när vårdaren kom. Hon hade då några utbrott mot vårdaren i början av massagen men det avtog snabbt under behandlingen och hon kunde sen slappna av och somna.

Interaktion präglad av samspel och tillit

Dagmar hade inte den verbala förmåga som Svea besatt. Under behandlingsperiodens gång blev hon dock bättre och bättre på att uttrycka sina känslor och önskningar vilket bidrog till en bättre interaktion med vårdaren. *Att samtala/svara* var olika sätt att verbalt ge respons på vårdarens kommunikation. *Att slappna av* tolkades som ett tecken på tillit i interaktionen medan det var en mer aktiv kommunikation när hon verbalt eller med sitt kroppsspråk *uttryckte att hon ville ha kontakt*. Dessa faktorer blev till kategorier som passade in under subtemat *Interaktion präglad av samspel och tillit*.

Att samtala/svara

Dagmar tog själv aldrig initiativ till samtal utan det var alltid vårdaren som ställde frågor eller förde samtalet. Dagmar svarade dock till synes adekvat och följde med i resonemanget som vårdaren förde. Kommunikationen blev ett tecken på viljan till samspel. [V: *Får jag känna lite på handen?* D: *Jaa.* V: *Gör det ont?* D: *Neej då.* V: *Det är fint väder ute idag.* D: *Är det?* V: *Jaa. Solen skiner och det är varmt och skönt.* D: *Är det det?* V: *Har du ont någonstans Dagmar?* D: *Neej då.* V: *Nehej.*] Även om Dagmar kunde följa med i ett enklare resonemang handlade det alltid om mycket korta ja- eller nejsvar på enkla frågor. Ibland var det i inledningen av behandlingen när vårdaren bad om lov att sitta ner hos Dagmar. [Vårdaren knackar på dörren. Dagmar svarar. V: *Det är X och Y som kommer. Går det bra?* D: *Jaadå.*] Det kunde också handla om att vårdaren frågade om något kändes bra eller gjorde ont. Vid det sista observationstillfället handlade det också om ett ordlöst svar när Dagmar tittade upp på vårdaren i en samstämd blick. Hon blundade alltid annars under hela besöket. Dagmar lät för det mesta positiv när hon samtalade med vårdaren. När hon var irriterad orsakade hennes nedsatta kognitiva förmåga att hon inte klarade av att uttrycka vad hon ville med vanliga ord. Då kom istället haranger av för omkringvarande personer oförståeliga ord.

Att slappna av

Det fanns många tecken som tydde på att Dagmar slappnade av. Tydligt kunde man se hur muskulaturen slappnade av i ansiktet såväl som i resten av kroppen. Då framförallt i den arm som sedan länge varit spastisk efter en stroke och låg hårt vinklad mot hennes bröst. När Dagmar började slappna av under massagen kunde vårdaren böja ut armen nästan rak och den blev liggande kvar i den ställningen så länge avslappningen kvarstod. Den motoriska oron avtog och hon låg eller satt stilla och avslappnad. De ofrivilliga ryckningarna som ofta visade sig när Dagmar upplevde obehag eller otrygghet avtog med avslappningen. Andningen blev lugnare och djupare. Hon suckade förnöjt eller gäspade. [Dagmar suckar djupt. Hon ser ut att ha slappnat av. Ryckningarna har slutat. Hon ligger helt tyst.] Några gånger suckade hon "Mamma" på ett förtröstansfullt sätt. Detta tolkades som att hon ville berätta för mamma, den som stod henne närmast, att hon mådde bra. Nästan alltid somnade hon till slut under behandlingen. Vid den sista observationen somnade hon så djupt att inte ens ljuden av en orolig medboende utanför dörren störde henne. Vårdarna berättade hur de kunde känna i Dagmars kropp när hon slappnade av. Genom att de hela tiden hade kroppskontakt med sina händer på hennes muskler kunde de tolka tecken på avslappning tidigt och så avgöra hur de skulle fortsätta

massagen för att avslappningen skulle kvarstå. ”...som jag känner att hon...att hon är mottaglig och att hon slappnar av.” Avslappningen blev ett tecken på tillit.

Att uttrycka att man vill ha kontakt

Vid några tillfällen uttryckte Dagmar att hon ville ha kontakt med vårdaren. En gång försvann vårdaren till badrummet för att värma händerna efter att hon varit in och hälsat på Dagmar. Dagmar blev då orolig och ropade efter henne. Vid flera tillfällen suckade eller ropade Dagmar ”Mamma” i olika tonlägen. En av vårdarna tolkade en form av ”Mamma” som att Dagmar ville att hon skulle komma närmare henne. Vid ett tillfälle bekräftade Dagmar önskan om kontakt ordlöst genom att se vårdaren i ögonen med en förtroendefull blick under massagen. Det var ett fint tecken på lyckad interaktion. I slutet av varje behandling uttryckte Dagmar sin vilja till kontakt tydligt. När vårdaren släppte beröringen med Dagmar för att avsluta behandlingen blev hon orolig, hon suckade och vred sig eller protesterade verbalt. När vårdaren då tog ny kontakt genom att ta Dagmars hand eller lägga sina händer på hennes armar eller axlar blev hon genast lugn igen och somnade oftast snabbt. Detta kunde pågå i några omgångar innan Dagmar somnade så pass djupt att vårdaren kunde släppa greppet och smyga därifrån. Alla tre vårdarna berättade i de efterföljande intervjuerna om samma fenomen. ” och så just det här, så fort jag släppte kontakten så, så börja hon röra på sig men så fort jag tog kontakt igen med na då, då vart hon lugn.” Det tolkades som ett sätt för Dagmar att tala om att hon tyckte om beröringen och som att hon inte ville bli lämnad ensam. Beröringen gjorde att hon kände kontakten med vårdarna vilket blev en trygghet för henne.

Diskussion

Huvudresultat

Resultatet som framkom i de två fall som har studerats redovisades var för sig utifrån respektive tema och de två gemensamma subtemana. Redan vid den första genomläsningen av data utifrån studiens syfte framstod tydligt att det handlade om fungerande och icke fungerande försök till interaktion från både vårdarens och personen med demens perspektiv i båda fallen som studerades. När subtemana sedan framträdde under analysen sammanföll de naturligt med helhetsintrycket av studien och blev därför de samma i båda fallen. *Interaktion*

med bristfälligt samspel och Interaktion präglad av samspel och tillit speglar det motsatsförhållande som fanns mellan lyckade och mindre lyckade försök till interaktion under behandlingen med taktill massage. Temat i fall 1– *Att må bra av kontakt men vara besvärad av beröring* – tydliggör hur Svea samspelade med vårdarna som gav taktill massage samt vad som hindrade en god interaktion. Svea uppskattade kontakten och samtalet med vårdaren och hade inga problem med interaktion under de premisserna men när det kom till den taktilla massagen och beröringen var hon klart besvärad. Beröring var inte ett medel till att underlätta interaktion i hennes fall. Temat i fall 2– *Från att inte förstå och nonchalera till gradvis ökad respons och tillit* – speglar Dagmars utveckling i samspelet med vårdarna som gav taktill massage. Från att vid det första observationstillfället ignorera vårdaren till att vid det sista tillfället se henne i ögonen och bekräfta hennes närvaro och beröring. I hennes fall blev taktill massage verkligen ett bra redskap för att nå en bättre interaktion.

Reflektioner kring resultatet

Svea och Dagmar, i föreliggande studie, strävade båda men på olika sätt efter avskildhet, sin identitet och sitt självbestämmande vilket märktes i deras sätt att interagera med vårdarna. Svea hade ett behov av att upprätthålla sin roll som värdinna och hade svårt med att släppa vårdaren för nära inpå sig, framförallt fysiskt. Hon markerade också att hon själv ville bestämma till exempel när hon skulle ha filt på sig och när hon skulle ligga ner för att vila. Dagmar visade framför allt i början tecken på att vilja vara ifred. Eftersom hennes demens var mera framskriden var hennes behov av att upprätthålla sin identitet och sitt självbestämmande inte lika tydligt som hos Svea. Hon markerade dock tydligt vid flera tillfällen att hon inte tyckte om när vårdaren bäddade om henne vilket tolkades som att hon ville bli tillfrågad och avgöra själv samt bli respekterad i sin rätt till självbestämmande. Detta är i linje med vad Graneheim et al. lyfte fram i sin studie från 2001. Den handlade om hur interaktionen mellan vårdare och personer med demens och BPSD relaterade till just avskildhet, identitet, självbestämmande och säkerhet och hur personalen vid olika omvårdnadssituationer kom i konflikt med dessa faktorer versus den uppgift som behövde utföras (Graneheim *et al.* 2001). I Watsons teori om omvårdnad (Watson 1985) finns flera principer som kan tillämpas när det gäller att skydda personen med demens behov av avskildhet, identitet, självbestämmande och säkerhet. Alla dessa behov kan räknas till de grundläggande mänskliga behoven (Watson 1985) vilka kan vara svåra att själv tillfredsställa för en person med nedsatt kognitiv förmåga på grund av demenssjukdom. Vikten av att få hjälp med detta blir därför än större för personer

med demens. Watsons nionde omvårdnadsfaktor handlar om att hjälpa till att tillfredsställa mänskliga behov vilket kan utgöra grund för omvårdnadshandlingar inriktade på att skydda just behovet av avskildhet, identitet, självbestämmande och säkerhet i samband med taktill massage (Watson 1985).

Båda kvinnorna i föreliggande studie visade tecken som tolkades som avslappning till följd av den taktila massagen. Möjligen som en effekt av oxytocinfrisättning (Uvnäs-Moberg 1998). För Sveas del var det beroende av dagsform huruvida hon kunde ta emot massagens lugnande effekt eller inte. Vissa gånger var hon blockerad av oro för något andra gånger var hon störd av den fysiska beröringen. I Dagmars fall syntes en tydlig utveckling över tid vad det gällde att ta emot massagen och kunna slappna av. Detta överensstämmer med resultatet i en studie av Skovdahl et al. (2007) vilket tydde på att den taktila massagen ledde till avslappning för personerna med demens och BPSD men att det var en långsamt ökande positiv effekt, att personerna inte alltid var mottagliga på grund av till exempel oro och att det fanns individuella skillnader i vad som fungerade i massagen. Enligt Hollinger och Buschman (1993) behövde personer med demens en känsla av kontroll i den situation de befann sig i för att kunna slappna av. Detta fenomen var tydligt för båda kvinnorna i föreliggande studie men på olika sätt. Svea tog kontroll genom att agera värdinna och föra samtalet samt att säga ifrån när något inte passade henne. Dagmar fick kontroll och kunde slappna av när hon förstod vem som befann sig i rummet och att den personen ville henne väl. Det tog följaktligen lite längre tid för henne.

I studien av Skovdahl et al. (2007) påvisades även en positiv effekt på interaktionen mellan personen med demens och vårdaren när taktill massage användes. Vårdarna beskrev i sin dokumentation kring behandlingen med taktill massage att de kunde interagera med personerna med demens på ett mer positivt sätt och att de kände en varmare relation till dem. Detta framkom även i föreliggande studie där Dagmar visade en positiv utveckling vad det gällde att interagera med vårdaren. Under studiens gång blev det tydligt hur Dagmar blev mer öppen och tillitsfull gentemot vårdarna vilket gynnade interaktionen mellan dem. Från att vid det första observationstillfället ignorera vårdaren till att vid det sista tillfället se henne i ögonen. Bush (2001) rapporterar i sin forskningssammanfattning att äldre förvirrade personer visade ökad respons gentemot omgivningen och att relationen mellan vårdare och personen med demens blev mer positiv när beröring användes kontinuerligt i omvårdnaden. Detta

samstämmer med resultatet i Skovdahl et al. studie (2007) enligt ovan liksom i Dagens fall i föreliggande studie.

Enligt Watsons omvårdnadsteori (Watson 1985) liksom i de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (SoS 2010) betonas vikten av personcentrerad omvårdnad. Vårdarna måste se personen med demens som en fullvärdig medmänniska men som är i behov av vårdarens hjälp för att kunna leva sitt liv fullt ut. Watson uttrycker i sin tredje omvårdnadsfaktor att vårdarna behöver utveckla sin känslighet för både sig själv och andra. Relaterat till föreliggande studie kan det handla om att vårdaren som ger taktil massage måste vara lyhörd för personen med demens mottaglighet och vilja just den stunden. Enligt Watsons fjärde omvårdnadsfaktor ska vårdarna också arbeta på att utveckla en hjälpande och tillitsfull, mänskligt vårdande relation till personen med demens (Watson 1985). Där kan taktil massage vara ett bra redskap för vissa men, som föreliggande och en annan studie (Skovdahl et al. 2007) även visat, inte för andra.

Metoddiskussion

Studien utformades som ett case study med två fall (personer med demens) som har jämförts vad det gäller interaktionen med vårdaren under taktil massage både från gång till gång samt vad det gäller utveckling över tid. Case study är en användbar metod när forskaren vill göra en djupgående undersökning av ett eller några få fenomen både för jämförelse och för att se trender över tid. Fokus blir att förstå *varför* ett fenomen förekommer istället för *vad* som förekommer (Polit & Beck 2008). Nackdelarna i ett case study är först risken för bristande objektivitet ju längre forskaren är i kontakt med personen som studeras. Nästa problem är svårigheten med resultatets överförbarhet i andra situationer med andra personer (Polit & Beck 2008). I föreliggande studie har objektiviteten upprätthållits pga. att observatören försökt hålla distans under observationen samt att det var under en kort tidsperiod som observationerna utfördes.

Observationer och intervjuer användes för att samla in data till föreliggande studie. Enligt Patton (2002) kan graden av deltagande i en observationsstudie variera från att vara en fullvärdig medlem i gruppen till att vara en ”påtitare”, helt separerad från sammanhanget. Graden av deltagande kan också variera under samma studie (Patton 2002). Fördelarna med en observationsstudie är att det underlättar för att få en djupare förståelse för mänskligt

beteende som de sker i en naturlig miljö. Forskaren har en möjlighet att se en situation inifrån. Det ger en möjlighet att beskriva ett fenomen som en ”insider” tar för givet och därför inte reflekterar över (Polit & Beck 2008). Nackdelarna är risken för att observatören påverkar situationen (bias) samt risk för att mista objektiviteten. Även etiska dilemman kan uppstå. I föreliggande studie valde forskaren och tillika observatören en låg grad av deltagande för att kunna bibehålla objektivitet och för att undvika bias i så stor utsträckning som möjligt. Några etiska dilemman uppstod inte under föreliggande studie.

En kvalitativ studie bör enligt Graneheim och Lundman (2004) granskas utifrån vissa begrepp för att fastställa studiens trovärdighet. Giltighet (credibility) handlar om sanningshalten i resultatet. Denna har i föreliggande studie säkerställts genom en noggrann beskrivning av urvalet och studiens kontext. Även analysprocessen är utförligt beskriven. Analysprocessens alla steg har dessutom löpande diskuterats med handledare och i handledningsgrupp. Resultatredovisningen är förstärkt med citat från observationer och intervjuer. Tillförlitlighet (dependability) handlar om hur data samlas in och analyseras samt hur forskaren bekräftar sina ställningstaganden under hela forskningsprocessen för att upprätthålla stabilitet i data. I föreliggande studie har analys och resultat kontinuerligt diskuterats med handledare och studenter i handledningsgrupp vilket styrker tillförlitligheten. Den korta och koncentrerade tiden då data samlades in i föreliggande studie bidrar också till att styrka tillförlitligheten. Överförbarhet (transferrability) handlar om möjligheten att överföra studiens resultat till andra grupper eller situationer. För att möjliggöra för läsaren att avgöra om föreliggande studies överförbarhet har forskaren försökt att noggrant beskriva alla steg i studiens genomförande; urvalsmetod, deltagare och kontext, datainsamling samt analysprocess.

Allmän diskussion

Resultatet i studien visade att taktil massage kan vara ett värdefullt instrument i strävan efter att nå en god interaktion med personer med demens men resultatet visade också att det inte passar alla individer. Behovet av att vara lyhörd och att arbeta utifrån varje person med demens som en unik individ med sina behov lyste fram. För en distriktssköterska som nästan dagligen möter personer med demens och deras närstående i sitt arbete kan taktil massage framstå som ett bra och kostnadseffektivt arbetsredskap. Om personen med demens är mottaglig för beröring är det lätt att massera en hand eller fot under tiden ett samspel tar form.

Distriktssköterskan kan, om hon/han har de kunskaperna, lära ut till närstående eller hemtjänstpersonal hur de kan hantera BPSD med hjälp av taktil massage.

Denna studie var av ett begränsat format utifrån ett redan befintligt kontext. En större interventionsstudie där distriktssköterskor använder taktil massage i arbetet med personer med demens och BPSD skulle vara av intresse. Att lägga till en före/efter jämförelse vad det gäller interaktion och lindring av BPSD med fler deltagare än i föreliggande studie skulle också vara intressant.

Slutsats

Slutsatsen av studien är att taktil massage kan utgöra ett redskap för interaktion för vissa personer med demens medan det istället blir ett hinder i interaktionen för andra.

Referenser

Alexandersson M., Dehlén C., Johansson I., Petersson I. & Langius A. (2003) Therapeutic massage as a complementary treatment in palliative care. *Vård i Norden* **23**(1), 27-30.

Ardeby S. (2005) *Arbeta med beröring och bemötande*. Ambosantus AB. Stockholm, Sweden.

Buber M. (1990) *Jag & Du*. Dualis Förlag AB. Ludvika, Sweden.

Bush E. (2001) The use of human touch to improve the well-being of older adults : A holistic nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing* **19**, 256-270.

Edberg A-K (1999) *The nurse-patient encounter and the patients' state. Effects of individual care and clinical group supervision in dementia care*. Doktorsavhandling. Medicinska fakulteten, Lunds universitet, Sweden.

Edberg A-K. (2000) Assessment by nurses of mood, general behavior and functional ability in patients with dementia receiving nursing home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **14**, 52-61.

Edberg A-K. (2002) Att möta personer med demens. Ur *Att möta personer med demens*. (Edberg A-K., editor), sid 13-27. Studentlitteratur. Lund, Sweden.

Edvardsson J.D., Sandman P-O. & Rasmussen B.H. (2002) Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing* **12**, 601-609.

Eriksson S., Minthon L., Moksnes KM., Saarela T., Sandman PO., Snaedal J. & Karlsson I. (2000) *BPSD i ett nordiskt perspektiv*. Janssen-Cilag AB. Sollentuna, Sweden.

Finkel S.I., Costa e Silva J., Cohen G., Miller S. & Sartorius N. (1996) Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics* **8**(3), 497-499.

Graneheim U.H., Norberg A. & Jansson L. (2001) Interaction related to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on one woman with dementia and "behavioral disturbances", and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing* **36**(2), 256-265.

- Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24**, 105-112.
- Graneheim U.H., Isaksson U., Persson L.I-M. & Jansson L. (2005) Balancing between contradictions: The meaning of interaction with people suffering from dementia and “behavioral disturbances”. *International Journal of Aging and Human Development* **60**(2), 145-157.
- Hallberg I.R., Holst G., Nordmark Å. & Edberg A-K. (1995) Cooperation during morning care between nurses and severely demented institutionalized patients. *Clinical Nursing Research* **4**, 78-104.
- Hansebo G. & Kihlgren M. (2002) Carers` interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *Journal of Clinical Nursing* **11**, 225-236.
- Hansen NV., Jørgensen T. & Örténblad L. (2008) Massage and touch for dementia (Review). *The Cochrane Library* **4**.
- Henricson M., Erson A., Määttä S., Segesten K. & Berglund A.L. (2008) The outcome of tactile touch on stress parameters in intensive care: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* **14**, 244-254.
- Holliday-Welsh D.M., Gessert C.E. & Renier C.M. (2009) Massage in the management of agitation in nursing home residents with cognitive impairment. *Geriatric Nursing* **30**(2), 108-117.
- Hollinger L.M. & Buschmann M.B.T. (1993) Factors influencing the perception of touch by elderly nursing home residents and their health caregivers. *International Journal of Nursing Studies* **30**(5), 445-461.
- Kim E.J. & Buschmann M.T. (1999) The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies* **36**, 235-243.
- Marckx B. (1995) Watson´s theory of caring: A model for implementation in practice. *Journal of Nursing Care Quality* **9**(4), 43-54.
- Neal M. & Barton Wright P. (2009) Validation therapy for dementia (Review). *The Cochrane Library* **1**.
- Olsson I., Rahm V.A. & Högberg H. (2004) Taktill massage vid stroke och livskvalitet. *Vård i Norden* **24**, 21-26.

- Patton M.Q. (2002) *Qualitative research & evaluation methods*. Sage Publications, Inc. California, USA.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2008) *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, USA.
- Ragneskog H., Gerdner L., Josefsson K. & Kihlgren M. (1998) Probable reasons for expressed agitation in persons with dementia. *Clinical Nursing Research* **8**(2), 189-206.
- Routasalo P. & Lauri S. (1998) Expressions of touch in nursing older people. *European Nurse* **3**(2), 95-104.
- Routasalo P. & Isola A. (1996) The right to touch and be touched. *Nursing Ethics* **3**(2), 165-176.
- SBU (2002) *Mjuk massage vid demenssjukdom*. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm, Sweden.
Hämtat från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Mjuk-massage-vid-demenssjukdom/> den 16 november 2011
- SBU (2006) *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm, Sweden.
Hämtat från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_sammanfattning.pdf den 16 november 2011
- Skog M. (2009) *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Bonnier Utbildning AB. Stockholm, Sweden.
- Skovdahl K., Sörlie V. & Kihlgren M. (2007) Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing* **2**, 162-170.
- Socialdepartementet (2003) *På väg mot en god demensvård – samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga. Departementspromemoria*. Socialdepartementet, Stockholm, Sweden.
Hämtat från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/04/21/52153fad.pdf> den 16 november 2011

Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*. Socialstyrelsen, Stockholm, Sweden.

Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>

den 16 november 2011

Sturgeon M., Wetta-Hall R., Hart T., Good M. & Dakhil S. (2009) Effects of Therapeutic massage on the Quality of Life among patients with breast cancer during treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* **15**, 373-380.

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (2010) *Lathund för skattning*.

Hämtat från <http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2010/05/Lathund.pdf> den 16 november 2011

Uvnäs-Moberg K. (1998) Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* **23**(8), 819-835.

Uvnäs-Moberg K. (2009) *Närhetens hormon. Oxytocinets roll i relationer*. Natur & Kultur. Stockholm, Sweden.

Watson J. (1985) *Nursing the philosophy and science of caring*. Colorado Associated University Press. Boulder, Colorado, USA.

Zingmark K. (2000) *Experiences related to home in people with Alzheimer's disease*. Doktorsavhandling. Umeå Universitet, Sweden.