

Teknik som stöd för personer med demens och deras anhöriga



© Hjälpmedelsinstitutet (HI) 2010
Författare: Lena Rosenberg och Louise Nygård
Ansvarig informatör: Magdalena Marklund
Ansvarig handläggare: Ingela Månsson
Formgivning: Ordförrådet AB
Upplaga: 1 000 ex
ISBN 978-91-85435-93-7
Artikelnummer:
10331

Publikationen kan beställas på HIs webbplats, www.hi.se/publicerat
via telefon 08-620 17 00 eller hämtas i pdf-format, www.hi.se/publicerat
Den kan också beställas i alternativa format från HI.

Lena Rosenberg, leg. arbetsterapeut, med.dr.
Louise Nygård, leg. arbetsterapeut, docent
Sektionen för arbetsterapi, Karolinska Institutet

Teknik som stöd för personer med demens och deras anhöriga

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund.....	4
Metod delstudie ett.....	8
Deltagare fokusgruppstudien och fallstudien.....	8
Datainsamling fokusgruppstudien	8
Datainsamling fallstudien.....	9
Analys fokusgruppsstudien och fallstudien.....	10
Metod delstudie två	12
Deltagare	12
Genomförande.....	12
Dataanalys.....	14
Resultat delstudie ett	15
Uppfattningar av teknik.....	15
Förutsättningar för inkorporering av teknik.....	17
Resultat delstudie två	21
1) Något att kommunicera kring	21
2) Flyttar fokus.....	22
3) Praktiska konsekvenser	23
4) Förutsättningar för användning	24
Revidering av checklisten.....	26
Diskussion	28
Författarnas tack.....	32
Referenser.....	33
Bilaga: Checklista.....	38

Sammanfattning

I denna studie har en checklista utvecklats ur resultatet från två forskningsstudier (Rosenberg, 2009). Denna checklista ingick sedan i en utbildningsinsats tillsammans med föreläsningar om personer med demens, deras anhöriga och vardagsteknik och hjälpmedel och en hierarki som graderar svårighetsgraden i olika färdigheter som krävs i hanterandet av vardagsteknik. Utbildningsinsatsen och materialet (checklistan och hierarkin över färdigheter) prövades därefter av en grupp vårdprofessionella med olika yrkesbakgrund som alla mötte personer med demens och deras anhöriga i sina respektive arbeten. Föreläsningar och genomgång av materialet ägde rum under en dag och dagen efter genomfördes fokusgruppsdiskussioner där deltagarna diskuterade hur de såg på det som hade presenterats och diskuterats under utbildningsdagen samt om och hur de trodde att de skulle kunna använda de nya kunskaperna och materialet. Därefter prövade deltagarna kunskaperna och materialet i sitt praktiska arbete och vi följde dem med individuella telefonintervjuer och ytterligare fokusgruppsintervjuer.

Prövningen visade att samtliga deltagare hittade egna sätt att använda kunskaperna och materialet även om vilken profession och befattning avgjorde hur mycket och vad av materialet och de nya kunskaperna som de kunde använda och på vilket sätt de kunde använda det. Det visade sig också att utbildningsinsatsen förändrade deltagarnas tänkesätt, förhållningssätt och handlingar i praxis. Deltagarna förde också i hög grad kunskaperna från utbildningsinsatsen vidare till chefer och arbetskamrater. Deltagarna uppskattade formen för utbildningsinsatsen då den gav dem möjlighet att diskutera och vara aktiva i sitt eget lärande. De såg det också som mycket värdefullt att olika professioner deltog eftersom det berikade diskussionerna och gjorde att man tydligare kunde se sin roll i vårdkedjan. Checklistan reviderades efter de grundliga diskussioner som fördes i fokusgrupperna kring både dess innehåll och form och den finns tillgänglig i denna rapport (se bilaga 1 sist i denna rapport).

Bakgrund

Andelen äldre i samhället blir allt fler och demenssjukdomar som Alzheimers sjukdom och vaskulär demens är vanliga bland äldre. Det uppskattas att cirka 5,5 miljoner var diagnostiserade med demens inom den Europeiska Unionen (EU) 2003 och att siffran för hela världen samma år var 27,7 miljoner (Wimo, Jonsson, Winblad, 2006). Även om sjukdomen medför tilltagande svårigheter att utföra aktiviteter i det dagliga livet så bor de flesta med en mild till måttlig demenssjukdom kvar i sitt eget boende med stöd från familj och vänner.

Användning av vardagsteknik förekommer allt mer i olika vardagsaktiviteter och tekniken erbjuder ofta möjligheter till förenkling av vardagslivet men kan även utgöra hinder i aktiviteter. Med begreppet vardagsteknik avses här tekniska föremål och tjänster som existerar i äldre personers vardagsliv. Begreppet omfattar såväl föremål och tjänster som funnits i våra hem under lång tid, som exempelvis spis och fast telefon, och mer nyligen utvecklade, som mobiltelefon, biljettautomater och Internettjänster. Definitionen baseras på resultaten av forskningsstudier (Nygård & Starkhammar, 2003; Nygård & Starkhammar, 2007) och klinisk erfarenhet som visat att inte bara nyutvecklad informations- och kommunikationsteknik kan innebära svårigheter för äldre med demenssjukdom utan även enklare teknik som de är vana vid att använda. Teknikutvecklingen förändrar kontinuerligt hur, var och när vardagliga aktiviteter utförs och detta ställer höga krav på flexibilitet och förmåga till nyinläring hos de personer som utför aktiviteterna. Personer med demenssjukdom kan ha särskilt svårt att anpassa sig till dessa förändringar och därför är det viktigt att uppmärksamma hur teknikutvecklingen påverkar deras möjligheter att fortsätta delta i de aktiviteter som de önskar. I en studie där svårigheter i användning av vardagsteknik jämfördes mellan grupper av äldre personer med och utan kognitiva nedsättningar till följd av kognitiv svikt eller "mild cognitive impairment" (MCI), som diagnosen ofta benämns, och demenssjukdom visade det sig att gruppen med personer med demens skattade störst svårigheter att använda vardagsteknik, följd av gruppen med MCI och gruppen utan känd kognitiv funktionsnedsättning (Rosenberg, Kottorp, Winblad & Nygård, 2009). Vi vet dock väldigt lite om vilka svårigheter som äldre upplever då de använder teknik. I en studie av personer med demens upptäcktes ett helt spektrum av svårigheter som uppstod i interaktionen mellan människa och teknik (Nygård & Starkhammar, 2007). Nya forskningsstudier har också resulterat i två olika hierarkier som beskriver 1) graden av utmaning för över 80 vanliga vardagstekniska föremål och tjänster (Rosenberg, Kottorp, Winblad

& Nygård, 2009) och 2) graden av svårighet hos tio färdigheter som krävs av den som använder teknik (Malinowsky, Nygård & Kottorp, in press). Av de 86 vardagstekniska föremål och tjänster som ingår i studien så uppfattades automatiska dörrar, dörröppnare och hiss som lättast att använda. De föremål och tjänster som uppfattades som svårast att använda var *mobilttelefonitjänster utöver att ringa eller ta emot samtal, flygincheckning i automat och elverktyg* (Rosenberg et al., 2009). I färdighetshierarkin visade sig att *identifiera och särskilja föremål* kräva minst av personen som använder tekniken och att *uppfatta information och följa givna instruktioner givna via telefontjänst eller telefonsvarare* visade sig kräva mest av användaren (Malinowsky, Nygård & Kottorp, in press).

Utöver den vardagsteknik som finns allmänt i hemmet och samhället så finns det även hjälpmedel som är utvecklade för att hjälpa personer med funktionshinder, exempelvis till följd av demenssjukdom. Med hjälpmedel avses här ett föremål som antingen köpts på den öppna marknaden eller är en specialprodukt och som används för att behålla eller förbättra förmågan hos personer med funktionsnedsättning (Assistive Technology Act of 1998). Gränsen mellan hjälpmedel och vardagsteknik blir alltmer otydlig och enligt ovanstående definition kan ett och samma föremål i ett sammanhang betraktas som ett hjälpmedel och i ett annat som vardagsteknik beroende på orsaken till att en person använder tekniken. Exempelvis skulle en mobiltelefon med en stor pekskärm kunna köpas in för att underlätta för en person som har svårigheter att använda en mobiltelefon utan pekskärm och således definieras som hjälpmedel. Men om en person utan särskilda funktionsnedsättningar skulle välja att köpa samma mobiltelefon skulle den, enligt definitionerna ovan, definieras som vardagsteknik. Trots att de valda definitionerna av vardagsteknik och hjälpmedel delvis överlappar varandra finns det skäl att skilja begreppen åt i denna studie. Ett skäl är att många hjälpmedel förskrivs och finansieras genom hälso- och sjukvårdssystemet och därför både behandlas och uppfattas på ett annat sätt än vardagsteknik av såväl användare och anhöriga som vårdpersonal. Vi vet från tidigare studier att hjälpmedel kan stötta användaren men att de också i vissa fall kan utgöra ett hot mot personens självbilder och upplevas som stigmatiserande (Gitlin, 2002; Larsson Lund & Nygård, 2003). På grund av dessa skillnader har vi i denna studie valt att skilja begreppen åt.

Hjälpmedel för personer med demens används idag främst för att kompensera för funktionsnedsättningar när det gäller tidsuppfattning och problem med säkerhet (Nygård & Johansson, 2001; Nygård, Starkhammar & Lilja, 2008; Schmitter-Edgecombe, Howard, Pavawalla, Howell & Rueda, 2008; Starkhammar & Nygård, 2008; Topo et al., 2007; Topo, 2009) samt för att stödja anhöriga genom teknikbaserade psykosociala interventioner (Eisendorfer et al., 2003; Finkel et al., 2007;

Magnusson et al, 2002; Mahoney, Tarlow & Jones, 2003; Thompson et al., 2007). Tilltron till potentialen hos hjälpmedel för att kompensera för ytterligare problem som kan uppstå till följd av demenssjukdom är stor (Cahill, Begley, Faulkner & Hagen, 2007a; Cahill, Macijauskiene, Nygård, Faulkner & Hagen, 2007b; Cash, 2003; Gitlin & Chee, 2006). Hjälpmedlen förväntas kunna öka välbefinnandet och säkerheten hos både personen med demens och hans eller hennes anhöriga (Gitlin & Chee, 2006) samt möjliggöra kvarboende (Cash, 2003; Spruytte, Van Audenhove & Lammertyn, 2001).

Interaktionen mellan människa och teknik påverkas i hög grad av hur människan ser på tekniken, och hur hon eller han tar den till sig i sin tillvaro. Vi vet idag genom forskning att den enskilde individens inställning till ett hjälpmedel och den betydelse hjälpmedlet har är av avgörande betydelse för huruvida hjälpmedlet inkorporeras och blir till nytta eller inte. För att anhöriga ska kunna dra nytta av den tekniska utvecklingen i sin roll som anhängvårdare är det därför viktigt att vi bättre förstår hur de förhåller sig till tekniken. Ny forskning pekar på hur viktigt det är att vi ser båda parter i ett par som en enda klient, då den ena parten har demens (Vikström, 2008). Vid interventioner som involverar situationen i hemmet, vilket ofta interventioner med hjälpmedel gör, så är det viktigt att utarbeta ett gott samarbetsklimat och att involvera både personen med demens och dennes anhöriga (Gitlin, 2002; Vikström, 2008) även om det ibland kan innebära intressekonflikter (EU, 2000). Dessutom har det visat sig att interventioner som riktar både till personen med demens och till anhöriga har de största och mest positiva effekterna (Schultz & Martire, 2004). Idag har vi dock liten kunskap om anhöriga som teknikanvändare vilket medför att det exempelvis är svårt att veta hur anhöriga ska inkluderas då hjälpmedel introduceras som stöd till den demenssjuke. En studie av hur olika aktörer (personer med demens, anhöriga, arbetsterapeuter och hemtjänstpersonal) resonerar och agerar då tids- och planeringshjälpmedel förskrivs till personer med demens visade att aktörerna hade olika uppfattning om till vad och hur hjälpmedlen skulle användas. Därmed kunde deras handlingar motverka varandra även om allas drivkraft var "att göra gott" (Rosenberg & Nygård, in press). Liknande resultat framkom i en studie av hur olika aktörer resonerade och agerade i samband med att en spisvakt rekommenderades och installerades hos äldre med minnesnedsättning (Nygård, 2009).

Det är ett återkommande problem inom såväl vårdvetenskaplig som medicinsk forskning att överföra kunskap som har genererats i forskning till den praxis där vården bedrivs. Vikten av kunskapsöverföring från forskning till klinisk praxis har betonats i litteraturen (Baumbusch et al., 2009; Draper, Low, Withall, Vickland & Ward, 2009). För att en kunskapsöverföring ska äga rum och resultera i handling är pedagogiken med vilken kunskapen överförs avgörande. Enligt filosofen,

psykologen och pedagogen John Dewey ska kunskap ha verklighetsanknytning och i lärandet, dvs. hur man lär sig, betonas reflektion, interaktion och görande (Dewey, 1938). Synen på personen som lär sig är att denna är aktivt medskapande i lärandeprocessen som bygger på de interagerande individernas erfarenheter. Deweys idéer ligger till grund för hur vi i detta projekt har sett på lärande dvs. hur man lär sig som professionell så att man i praxis använder sig av den kunskap man förvärvar.

Denna studie är utförd i två steg. I det första steget (delstudie ett) var syftet att utforska hur anhöriga till personer med demens resonerar och förhåller sig till teknik och hjälpmedel för att kunna tillvarata deras specifika resurser och möta deras behov då stöd ges. Syftet var också att identifiera vad som kännetecknar den teknik som de kan och vill kunna använda. Baserat på dessa data från anhöriga och på befintlig kunskap om hur personer med demens interagerar med teknik och hjälpmedel i vardagens aktiviteter var målet med det första steget att utforma en checklista för användning i praxis. Checklistan var tänkt att användas av vårdprofessionella som möter personer med demens och deras anhöriga för att ge råd och stöd i frågor som rör teknik och hjälpmedel. Syftet med det andra steget (delstudie två) var att pröva denna checklista i en interventionsmodell baserad på en kort utbildningsinsats för dessa vårdprofessionella. I utbildningsinsatsen ingick förutom checklistan även svårighetshierarkin över de tio färdigheter som krävs av den som använder teknik (se sidan 3). Målet med prövningen var att få kunskap både om utbildningsinsatsens lämplighet och redskapens potential som guide för olika yrkesgrupper, och hur denna interventionsmodell och dessa redskap kan utvecklas.

Metodavsnittet som följer är uppdelat i två delar, först beskrivs tillvägagångssättet i delstudie ett där checklistan utvecklades och därefter beskrivs tillvägagångssättet i delstudie två där utbildningsinsatsen som beskrevs här ovan genomfördes och utvärderades.

Metod delstudie ett

Resultaten i den första delen i denna rapport bygger huvudsakligen på resultatet från en studie där anhöriga till personer med demens intervjuades i fokusgrupper (Rosenberg, 2009). För att få en så rik bild som möjligt och inte endast inkludera de anhörigas utan också de demenssjukas syn på sin teknikanvändning så kompletterades analysen med data från en fallstudie (Rosenberg & Nygård, in press). I fallstudien följdes tre fall med personer med demens som fick hjälpmedel förskrivna till sig. Personerna observerades och intervjuades i sina hem och andra personer som var involverade i processen inkluderades också i studien.

Deltagare fokusgruppstudien och fallstudien

I fokusgruppstudien inkluderades anhöriga till personer med demens i tre olika fokusgrupper. Med grupp ett och två genomfördes två fokusgruppsdiskussioner. På grund av svårigheter att samla grupp tre mer än en gång så genomfördes endast en fokusgruppsdiskussion med denna grupp. För information om deltagarna i fokusgruppsstudien se tabell 1.

I fallstudien inkluderades tre personer som fick ett eller flera hjälpmedel förskrivna till sig. Därefter inkluderades andra personer med anknytning till personerna med demens efter hand när de visade sig ha betydelse för hur processen fortskred för vart och ett av dessa fall. Totalt inkluderades 13 personer och sex hjälpmedel i studien. För mer information om deltagarna i studierna se tabell 1. För information om hjälpmedlen i fallstudien se tabell 2.

Datainsamling fokusgruppstudien

Fem fokusgruppsdiskussioner med tre olika fokusgrupper hölls mellan januari och september 2008. Varje fokusgruppsdiskussion pågick mellan två och tre timmar (1.56h–2.48h). Fokusgruppsdiskussionerna hölls av en av rapportförfattarna (LR) och en forskningsassistent assisterade vid intervjuerna och förde anteckningar. En intervjuguide som bestod av olika frågeområden guidade diskussionerna. Deltagarna uppmanades att diskutera a) hur de såg på interaktionen mellan den närstående med demens och vardagsteknik, exempelvis svårigheter som kunde uppstå, b) hur de såg på sin egen interaktion med vardagsteknik och stödjande teknik i sin roll som anhörig till en person med demens, c) vad de ansåg att man bör ställa för krav på teknik som ska användas av personer med demens och deras familjer, d) etiska frågor gällande personer med demens och teknik, och e) vad deltagarna ansåg att de behövde och ville

ha teknik till i sin roll som anhöriga till personer med demens. I den senare delen av fokusgruppsdiskussionerna visade forskningsassistenten bilder på ett urval aktuella hjälpmedel och gav en kort förklaring till hur de fungerar och är tänkta att användas. Detta gjordes för att stimulera till konkreta diskussioner kring hjälpmedlens utformning och användningsområden. Hjälpmedlen som presenterades var planeringshjälpmedel, påminnelsehjälpmedel, mobiltelefoner och en fjärrkontroll.

Information om deltagarna i fokusgruppsstudien och fallstudien

TABELL 1

	Fokusgruppsstudien	Fallstudien
Deltagare	Totalt 12 anhöriga till personer med demens <i>Fokusgrupp 1:</i> Totalt 4 deltagare 2 sambo/make/maka, 1 dotter, 1 svärson <i>Fokusgrupp 2:</i> Totalt 3 deltagare 2 sambo/make/maka, 1 dotter <i>Fokusgrupp 3:</i> Totalt 5 deltagare 5 sambo/make/maka	Totalt 13 deltagare <i>Fall 1:</i> 1 person med demens, 1 anhörig, 1 arbetsterapeut <i>Fall 2:</i> 1 person med demens, 2 anhöriga, 1 arbetsterapeut <i>Fall 3:</i> 1 person med demens, 1 anhörig, 2 arbetsterapeuter, 2 hemtjänstpersonal
Kön, man/kvinna	Totalt 5 /11	Totalt 2/11
Ålder, år	Total medelålder 63 (45-76) Fokusgrupp 1: 65 (45-76) Fokusgrupp 2: 71 (66-75) Fokusgrupp 3: 57 (49-63)	Total medelålder 56 (26-91) Personer med demens 85 (79-91) Anhöriga 63 (55-78) Professionella 38 (26-51)

Datainsamling fallstudien

Data samlades in i fallstudien genom deltagande observationer och djupintervjuer (Kvale, 1996; Nygård, 2006) under upprepade tillfällen i hemmet hos deltagaren med demens mellan september 2006 och februari 2008 av en av rapportförfattarna (LR). Vid samtliga datainsamlingstillfällen observerades samspelet mellan personen med demens, hjälpmedlet, andra personer och hemmiljön.

Det första datainsamlingstillfället i alla tre fallen ägde rum innan personen med demens hade mottagit hjälpmedlet som skulle förskrivast. Datainsamlingen vid detta tillfälle syftade till att identifiera vanor och intressen hos personen med demens, problem i vardagen, tidigare erfarenheter av teknik samt förväntningar på hjälpmedlet. Vid det andra datainsamlingstillfället observerades i alla tre fallen hur arbets-

terapeuten installerade och introducerade hjälpmedlet till personen med demens. Det tredje datainsamlingstillfället ägde rum när personen med demens hade haft hjälpmedlet i sitt hem mellan en och två veckor. De följande datainsamlingstillfällena styrdes av vad som hände i varje enskilt fall och av frågor som framkom i den parallellt pågående dataanalysen. Processen i de olika fallen följdes tills inga betydande förändringar i processen längre upptäcktes.

Antalet datainsamlingstillfällen var totalt 35 och varierade från fyra tillfällen över en period av 20 dagar i fall 1, till åtta tillfällen över en period av 13 månader i fall 2, och 23 tillfällen över en period av 15 månader i fall 3. Anledningen till att datainsamlingen var mer omfattande i fall 3 berodde på att flera olika hjälpmedel testades i detta fall (se tabell 2).

TABELL 2

Hjälpmiddel som introducerades i fallstudien

Hjälpmiddel	Fall	Beskrivning av hjälpmedlet
Natt och dag kalender	Fall 1 och 3	En elektronisk kalender med en display som visar korrekt dag, datum samt "morgon", "eftermiddag", "kväll" eller "natt".
Förgätmigej kalender	Fall 2 och 3	En elektronisk kalender med en display som visar korrekt dag och datum.
Memo	Fall 3	En talande klocka som spelar upp förinspelade meddelanden. Den ger också information om vilken dag det är och vad klockan är.
Magnetisk tavla	Fall 3	En magnetisk tavla på vilken det är möjligt att göra ett veckoschema genom att skriva text med en whiteboardpenna och fästa magneter som text kan symbolisera olika aktiviteter.
MeDose klocka	Fall 3	En digitalklocka med visare och sex inbyggda larm som kan ges som röstmeddelande, signal eller vibration.
Veckoschema	Fall 3	Ett schema på papper som är plastat och därmed möjligt att skriva på med en whiteboard penna och sedan sudda ut texten.

Analys fokusgruppsstudien och fallstudien

I båda studierna pågick dataanalysen parallellt med datainsamlingen på så sätt att frågor som väcktes i den pågående analysen styrde den fortsatta datainsamlingen (Glaser & Strauss, 1967).

Samtliga inspelade intervjuer lyssnades igenom flera gånger och skrevs därefter ut ordagrant. Därefter kodades materialet med fokus på pågående interaktion mellan de olika deltagarna och miljön (fallstudien) och innehållet i diskussionerna (fokusgruppsstudien). Kodningen fortsatte genom att koder kontinuerligt jämfördes med data och de framväxande koderna med varandra (Glaser & Strauss, 1967). Koder som var lika slogs ihop och på så sätt bildades kategorier som innehöll flera koder. Dessa kategorier utvecklades och nyanserades genom att den kontinuerligt jämförande analysen fortsatte där kategorierna jämfördes med data och med varandra. De framväxande kategorierna diskuterades i gruppen av författare och i seminarier för att ytterligare öka resultatets validitet. Resultatet från fallstudien presenterades i artikeln "Persons with dementia become users of assistive technology: A study of the process" (Rosenberg & Nygård, in press) och resultatet från fokusgruppsstudien i artikeln "Readiness for technology use with people with dementia: The perspectives of significant others" (Rosenberg, Kottorp & Nygård, i manuskript). Båda studierna finns publicerade i en doktorsavhandling (Rosenberg, 2009). I ramberättelsen i den avhandlingen presenteras även en analys av båda studierna i relation till varandra. Denna ligger till grund för det resultat som presenteras i delstudie ett i denna rapport och direkt ur detta resultat utvecklades en första version av checklistan. Checklistan version 1 bestod av två delar. Del ett innehöll punkter med aspekter viktiga att beröra i ett inledande samtal med personer med demens och deras anhöriga när det gäller teknik-användning och teknikstöd i ett inledande samtal. Del två innehöll punkter med aspekter viktiga att beröra vid eller inför en intervention som involverar teknik. Checklistan omfattade tre sidor, innehöll tio förklarande punkter samt förslag på frågor i anslutning till dessa teman (totalt 21 frågor). Se exempel på en förklarande punkt med tillhörande förslag på frågor nedan:

Det kan finnas skillnader i beredskap att ta till sig teknikstöd beroende på faktorer hos den anhörige och personen med demens som till exempel ålder, hur man bor, förtrogenhet med teknik och om man arbetar.

- Hur passar den föreslagna tekniken användarens/användarnas unika situation?
- Skulle den föreslagna tekniken innebära en rimlig insats (t.ex. tid, pengar, träning) för inblandade parter?

Checklistan version 1 presenteras inte i denna rapport eftersom den prövades i delstudie två och därefter reviderades. Den reviderade versionen av checklistan (Checklista reviderad version 1) presenteras sist i denna rapport (bilaga 1).

Metod delstudie två

Deltagare

Professionella från olika yrkesgrupper och verksamheter som alla möter personer med demens och/eller deras anhöriga i sin kliniska praxis rekryterades genom inbjudningar via vårt kontaktnät. En spridning i såväl yrke som verksamhetsområde och geografisk ort i landet eftersträvades för att få en så rik variation bland deltagarna som möjligt. Deltagarna som rekryterades arbetade inom primärvården, hemtjänsten, på sjukhus och i ett kommunalt IT projekt. Verksamheterna som de arbetade i fanns i såväl storstad, småstad som landsbygd. Totalt deltog elva personer i studien och de kom från åtta olika kommuner i Sverige. För ytterligare beskrivning av deltagarna se tabell 3.

TABELL 3 Deltagare i delstudie två

Ålder (år) m (spridning)	Kön	Yrke	Erfarenhet av att arbeta med äldre (år) m (spridning)
47 (29 – 60)	10 kvinnor 1 man	5 arbetsterapeuter 4 undersköterskor 1 sjuksköterska 1 biståndshandläggare	15 (1,5–30)

Genomförande

Utbildningsdagen i augusti 2009 genomfördes på följande sätt: De elva deltagarna från olika yrkeskategorier samlades till en gemensam utbildningsdag som leddes av båda rapportförfattarna. Dagen inleddes med att alla deltagarna presenterade sig och sitt verksamhetsområde. Därefter gavs information om projektet, dess bakgrund, kunskapsbas och syfte. Det material som utbildningsinsatsen fokuserade på, dvs. checklistan och hierarkin över färdigheter presenterades. Utbildningsdagen innehöll också praktiska övningar och diskussioner. Två bisittare deltog och förde anteckningar och bandinspelade de diskussioner som spontant uppstod under dagen.

Dagen därpå genomfördes bandinspelade fokusgruppintervjuer (Morgan & Kreuger, 1997) där deltagarna delades in i två grupper, 1a och 1b (se tabell 4). Rapportförfattarna ledde varsin gruppintervju med utgångspunkt från en gemensam frågeguide och med hjälp av varsin bisittare. Ambitionen var att i den ena gruppen samla de deltagare som övervägande mötte personer med demens, och i den andra de som hade till

uppgift att ge stöd och råd till deras anhöriga. Eftersom det visade sig att alla deltagarna mötte båda parter så kom dock inte denna indelning att återspeglas i grupperna.

Målet med fokusgruppintervjuerna var att få kunskap om deltagarnas syn på hur teknik kan användas av/för personer med demens och deras anhöriga, relaterat till den nya kunskapen, och om hur de såg på uppgiften och utvecklingsmöjligheten i att ge råd och stöd till dessa personer inom sina respektive befattningar. Checklistan och färdighetshierarkin gick igenom och diskuterades i detalj och deltagarna resonerade om hur redskapen/kunskapen konkret skulle kunna användas inom deras olika verksamheter och de ramar som där gavs. På så sätt blev deltagarna själva delaktiga i att utforma hur de ville och skulle kunna använda redskapen. Vi utnyttjade således fokusgruppens potential att engagera och ge deltagarna nya insikter samtidigt som rika kvalitativa data genererades. Enligt Deweys dialektiska grundsyn (1938) uppstår kunskap i mötet mellan motsättningar i det som man ska lära sig och omvärlden, och man lär genom aktivt sökande och bearbetning. Detta exemplifierades tydligt i gruppdiskussionerna, eftersom både hinder och möjligheter i olika verksamheter och yrkesroller lyftes fram och deltagarna kunde hjälpas åt att se olika aspekter. Eftersom vi ser både utbildningsdagen och fokusgruppsdiskussionerna som delar av ett pedagogiskt paket så kallas dessa gemensamt för ”utbildningsinsatsen” vilket omfattar både utbildningsdagen och fokusgruppsdiskussionerna dagen efter denna.

Efter utbildningsinsatsen (utbildningsdagen samt fokusgrupp 1a och 1b) prövade deltagarna att använda redskapen under en period om cirka sex veckor. Deltagarna kontaktades via telefon vid två tillfällen under dessa veckor för att aktualisera checklistan och för att medverka i korta, öppna telefonintervjuer angående hur deras tillämpning av kunskaperna och materialet gick. Då provningstiden var över samlades deltagarna igen i två fokusgrupper, 2a och 2b (se tabell 4) för att diskutera sina erfarenheter genom konkreta fallbeskrivningar och reflektioner över dessa och diskussion om fortsatt utveckling och möjlig användning av kunskaperna och materialet. Fokusgrupp 2a och 2b leddes av samma person (LN). Eftersom deltagarna av praktiska skäl inte kunde närvara samtidigt så gjordes nu en ny gruppindelning helt baserad på deras praktiska möjligheter att avsätta en dag för fokusgruppintervjun, vilket medförde att gruppsammansättningen blev annorlunda denna gång. Detta gjorde att delvis nya diskussionspunkter uppstod, vilket vi upptäckte bidrog till att ge rika data. Efter de andra fokusgruppsdiskussionerna genomfördes ytterligare en uppföljande individuell telefonintervju med samtliga deltagare utom två, eftersom deltagarna ansåg att provningstiden på sex veckor var något för kort för provning. Dessa deltagare intervjuades istället i samband med telefonintervju tre. En av deltagarna avböjde att delta i den tredje telefonintervjun på grund av

tidsbrist. För mer information angående fokusgruppsdiskussioner och individuella telefonintervjuer se tabell 4.

TABELL 4. **Översikt över fokusgruppsdiskussioner och intervjuer i delstudie två**

Gruppintervjuer	Antal deltagare	Antal dagar/veckor efter utbildningsdagen	Diskussionens längd
Fokusgrupp 1a	6	1 dag	3 tim 27 min
Fokusgrupp 1b	5	1 dag	3 tim 24 min
Fokusgrupp 2a	6	6 veckor	3 tim 22 min
Fokusgrupp 2b	5	6 veckor	3 tim 12 min
Individuella intervjuer	Antal intervjuer	Antal veckor efter utbildningsdagen	Intervjuns längd
Telefonintervju 1	11	1–5	12–32 min
Telefonintervju 2	9	5–6	7–21 min
Telefonintervju 3	12	14–20	8 –22 min

Dataanalys

Samtliga fokusgruppsdiskussioner och telefonintervjuer skrevs ut ordagrant från bandinspelningarna. Analysen av intervjuerna gjordes parallellt med datainsamlingen enligt Grounded Theory tradition (Glaser & Strauss, 1967) och därigenom kunde centrala aspekter i varje intervju kontinuerligt påverka nästa intervju på så sätt att intervjuerna fokuserades mot de aspekter som framträdde som centrala eller kritiska. Detta innebar således att de första gruppintervjuerna lyssnades igenom och diskuterades som en förberedelse för telefonintervjuerna, och att utskrifter av telefonintervjuerna genomlästes inför de andra fokusgrupperna. Vid genomlysningen av intervjuerna (både fokusgruppsintervjuer och de individuella telefonintervjuerna) fördes anteckningar om diskussionernas/intervjuernas innehåll. Dessa anteckningar omfattade det meningsbärande innehållet och kondenserade innehållet i samtliga diskussioner/intervjuer (Graneheim & Lundman, 2004). Det kondenserade materialet grupperades därefter i teman baserat på innehåll, detta resulterade i fyra teman. Därefter lästes samtliga fokusgruppsdiskussioner/intervjuer igenom igen. Data jämfördes med kategorierna och dessa verifierades och utvecklades i enlighet med data för att försäkra att de helt stämde överens. Slutligen sammanställdes vad som framkom både i fokusgruppsdiskussionerna och i de individuella telefonintervjuerna om hur deltagarna önskade att checklistan skulle revideras.

Resultat delstudie ett

Kategorierna som presenteras här nedan utgör underlaget för check-listan som prövas i delstudie två och som presenteras i reviderad version sist i rapporten (se bilaga 1).

Uppfattningar av teknik	1) Nyttoperspektiv på teknik 2) Teknikens betydelse för hälsa och livsstil 3) Teknikens betydelse för självbilder
Förutsättningar för inkorporering av teknik	4) Upplevt behov 5) Integrering i befintliga vanor 6) Användarvänlighet 7) Icke-stigmatiserande

Uppfattningar av teknik

Vid fokusgruppsintervjuerna med anhöriga till personer med demens framkom olika inställningar till och uppfattningar om teknik som har betydelse för deras intresse/vilja/motivation att ta in ny teknik i sin situation som anhörig till en person med demenssjukdom. Detta resulterade i tre punkter: 1) *Nyttoperspektiv på teknik*, 2) *Teknikens betydelse för hälsa och livsstil* och 3) *Teknikens betydelse för självbilder*. Här nedan kommer varje punkt att förklaras och exemplifieras.

1) Nyttoperspektiv på teknik

Ett nyttoperspektiv präglade inställningen till teknikanvändning hos de anhöriga. Detta innebar att det var viktigt för dem att se en tydlig och praktisk nytta med ny teknik för att den skulle vara aktuell att ta till sig. De var alltså inte intresserade av teknik för teknikens egen skull och de efterfrågade teknik som endast har de nödvändiga funktionerna. De ansåg att det är svårt att hitta teknik som svarar mot dessa krav och tog mobiltelefoner som ett exempel på teknik som innehåller många funktioner som försvårar för en person som har nedsatt förmåga att använda komplicerad teknik, till exempel till följd av demenssjukdom, att använda den.

De anhöriga efterfrågade information om hjälpmedel och annan stötande teknik som till exempel enkla fjärrkontroller eller mobiltelefoner som skulle kunna vara till nytta för dem och deras närstående med demens. Det framkom att de anhöriga ofta gör anpassningar av befint-

lig teknik för att underlätta användning av denna för deras närstående med demens men också för att minimera riskabel användning. Ett exempel på detta var en kvinna som hade tagit bort krediten från sin makes kontokort för att han skulle kunna fortsätta och använda sitt bankkort för betalningar och kontantuttag. Denna slags anpassningar innebar ibland att de anhöriga upplevde dilemman kring vilket som var det rätta att göra gentemot personen med demens och detta kan vara viktigt för professionella som möter dem i vården att uppmärksamma för att eventuellt kunna ge råd.

Slutligen så framkom det, framförallt bland de äldre anhöriga, att de upplevde en press att anpassa sig till sig ny teknik genom budskap som förmedlas bland annat genom radio och TV som ständigt refererar till sina hemsidor på Internet eller banker som vill att kunderna ska använda deras e-tjänster. För att hjälpmedel och annan stöttande teknik ska kunna komma personer med demens och deras anhöriga till nytta så är det viktigt att det presenteras på ett sätt så att det inte uppfattas som ännu en press att anpassa sig till ny teknik.

2) Teknikens betydelse för hälsa och livsstil

De anhöriga värderade en aktiv livsstil mycket högt och teknikanvändning visade sig ha en betydelsefull roll i att kunna bibehålla hälsa och en aktiv livsstil. De ansåg att det är viktigt att träna sina förmågor för att hålla dem i trim och att teknikanvändning, till exempel att komma ihåg koder eller telefonnummer kunde fungera som träning eller mental gymnastik i vardagen för både dem och deras närstående med demens. Detta innebar att vissa av de anhöriga var tveksamma till att använda teknik som de ansåg förenkla de kognitiva aspekterna av aktivitetsutövande onödigt mycket av rädsla för att detta skulle leda till en försvagning av de egna kognitiva förmågorna. Ett exempel på detta var att de var tveksamma till att använda telefonnummer som var inlagda i mobiltelefonens eller den bärbara telefonens inbyggda telefonbok därför att de ansåg att det var bra träning att försöka komma ihåg telefonnummer.

Flera anhöriga oroades över passiviteten hos sina närstående med demens och efterfrågade teknik som skulle kunna stimulera till aktivitet eller fungera som meningsfullt tidsfördriv för dem.

Vid förskrivning av hjälpmedel är det därför viktigt att vara medveten om att den tänkta användaren kan se det som en risk att teknik förenklar de kognitiva aspekterna av aktiviteter för mycket. Det kan också vara viktigt att uppmärksamma sysslöshet hos personer med demenssjukdom, i fall då personen själv upplever detta som ett problem, och inte bara förskriva hjälpmedel för säkerhet och tidsorientering utan även hjälpmedel som stimulerar till aktivitet eller som ger meningsfullt tidsfördriv. Exempelvis skulle hjälpmedel som gör sig påminda kunna

stimulera till användning och därmed till aktivitet. I fokusgrupperna hade de anhöriga erfarit att talböcker och DVD filmer hade fungerat som meningsfulla tidsfördriv för deras närstående med demens men efterfrågade också annan teknik som exempelvis anpassade datorspel som de tänkte skulle kunna fungera som meningsfulla tidsfördriv för deras närstående med demenssjukdom.

3) Teknikens betydelse för självbilder

Användning och innehavande av teknik visade sig ha betydelse för att skapa och bibehålla positiva självbilder både hos personen med demens och de anhöriga. En anhörig berättade till exempel om sin make med demens som nyligen hade köpt en ny dator och en ny avancerad kamera. Hon trodde inte att han skulle komma att använda dem men menade att han ville vara uppdaterad med den senaste tekniken eftersom det alltid hade varit viktigt för honom att vara det. Ett annat exempel kom från en man som hade anpassat den nya tvättmaskinen så att hans hustru med demens skulle kunna fortsätta att vara "kung i tvättstugan". Det var enligt honom mycket viktigt för henne att kunna fortsätta att självständigt sköta tvätten så som hon alltid hade gjort och anpassningen av tvättmaskinen gjorde detta möjligt.

Således kan det vara viktigt att identifiera teknik som är av särskild betydelse för självbilden hos personen med demens eller som är viktig för att kunna utföra aktiviteter som leder till en positiv självbild för att kunna rikta stödinsatser mot dessa.

Förutsättningar för inkorporering av teknik

Vid fokusgruppsintervjuerna samt i intervjuer och observationer med personer med demenssjukdom framkom olika förutsättningar för att teknik ska kunna inkorporeras i vardagen hos en person med demens. Dessa förutsättningar för inkorporering resulterade i ytterligare fyra punkter: 4) *Upplevt behov*, 5) *Integrering i befintliga vanor*, 6) *Användarvänlighet*, 7) *Icke-stigmatiserande*. Här nedan kommer varje punkt att förklaras och exemplifieras.

4) Upplevt behov

De anhöriga menade att personen med demens måste uppleva ett behov här och nu av tekniken för att vara redo att acceptera den. Tekniken kunde sedan accepteras stegvis av användaren eller användarna. Två anhöriga hade liknande erfarenheter av hur de och deras makar med demenssjukdom först hade börjat använda en funktion för tidsorientering och sedan, när de hade accepterat hjälpmedlet och tyckte att det fungerade bra, hade utökat användningen till att omfatta fler av hjälpmedlets funktioner.

I fallstudien framkom det även att personen med demens använde hjälpmedlet till något annat än vad som ursprungligen var planerat eller på ett annat sätt. Då det kan vara svårt för personen med demens att förutse detta är det viktigt att tid ges i förskrivningsprocessen så att personen med demens får möjlighet att prova tekniken i sin vardag för att upptäcka hur och till vad han eller hon kan använda det. Det är också mycket viktigt att uppföljningar sker vid hjälpmedelsförskrivning till personer med demens och att flexibilitet finns kring mål och utfall hos de olika parterna så att processen kan ta en annan väg än den som det ursprungligen var tänkt utan att detta behöver innebära att interventionen har misslyckats.

Betydelsen av användarens egen motivation framkom även vid intervjuer och observationer med personerna med demens i fallstudien. I denna visade det sig dessutom att hjälpmedelsprocessen påverkades starkt av den/de personer som hade beslutandemakt. Det är därför viktigt att vara uppmärksam på när olika personer har olika agendor (åsikter om vad som bör göras) och därmed strävar åt olika håll. Det kan till exempel finnas kolliderande behov och perspektiv hos anhöriga och personer med demens eller mellan professionella och personen med demens.

Ett exempel på när personen med demens och dennes anhörig hade olika agendor var fallet med en dotter som ansåg att hennes pappa med demenssjukdom inte borde bo hemma längre utan flytta till ett demensboende. Mannen själv ville däremot fortsätta bo hemma och personalen från demensutredningsenheten rekommenderade också detta. När arbetsterapeuten förskrev ett hjälpmedel för att han skulle kunna fungera bättre i sitt vardagsliv i hemmet och förväntade sig att dottern skulle hjälpa pappan att få hjälpmedlet att fungera på ett optimalt sätt så infriades aldrig dessa förväntningar. Dottern som hade en annan agenda (att pappan skulle komma till ett demensboende) agerade inte som arbetsterapeuten hade hoppats utan kämpade istället för ett nytt boende åt honom. En annan person med demens i fallstudien upplevde att hon hade behov av teknik som kunde hjälpa henne att hitta hem när hon promenerade ute. Detta önskemål hörsammades aldrig av övriga personer i hennes fall (anhöriga, arbetsterapeut och hemtjänstpersonal). Istället ordnades det så att hon fick ledsagare som följde henne på promenader men detta innebar att promenaderna bara kunde ske sällan, planerat och att de endast varade 15 minuter.

Således är det viktigt att reflektera över vem klienten är vid hjälpmedelsförskrivning, vilka önskemål han eller hon har och att beakta etiska frågor särskilt då kolliderande behov och perspektiv finns hos olika parter. Det är också viktigt att hjälpmedel eller annan stöttande teknik kommer in vid rätt tidpunkt i tillvaron hos en person med demens. Om ett hjälpmedel har flera funktioner är det bra att börja med

den som personen med demens och eventuella anhöriga känner störst behov av och efter hand utöka med fler funktioner om de är relevanta för personernas situation.

5) Integrering i befintliga vanor

Att kunna dra nytta av befintliga vanor och färdigheter sågs av de anhöriga som ett bättre alternativ än nyinläring. De ansåg att det är mycket svårt för en person med demens att lära sig att använda helt ny teknik, men möjligt under gynnsamma förutsättningar. En sådan förutsättning var intensiv träning. En dotter gav ett exempel på hur hennes mamma med demenssjukdom hade lyckats lära sig använda ett hjälpmedel genom intensiv träning under en helg. Efter helgen kunde hon använda hjälpmedlet självständigt. Dottern trodde att intensiteten i inläringen och att den tog plats över en hel helg hade bidragit till det lyckade resultatet. De anhöriga ansåg också att det var bra om ny teknik liknade det som personen med demens redan var van vid och kunde hantera. Personen kunde då dra nytta av tidigare vanemönster och istället för att han eller hon måste tänka på nya sätt vilket ansågs försvåra användningen. Över huvud taget ansågs det viktigt att ny teknik inte innebar att personen med demens och helst inte heller övriga personer som var involverade i situationen behövde ändra sina vanor för att få hjälpmedlet att passa in i tillvaron. Istället ansågs det viktigt att hjälpmedlet var flexibelt och kunde ställas in eller på annat sätt anpassas för att passa varje användares unika situation vilket inkluderar dennes vanor. Fördelen av att hjälpmedlet integrerades i befintliga vanemönster återfanns även i observationerna av personerna med demens.

De anhöriga ansåg att det var viktigt att de fick information om hjälpmedel och annan stöttande teknik tidigt i skedet av demensutvecklingen oavsett om behov av att använda hjälpmedel eller annan stöttande teknik hade uppstått eller ej. Detta för att de skulle vara redo att möta behoven när de väl dök upp hos den närstående med demens.

Således är det viktigt att välja teknik som stödjer och kan integreras i användarens befintliga aktivitetsmönster och vanor och som är flexibel genom att den går att anpassa individuellt, samt undvika teknik som medför allt för mycket arbete för anhöriga eftersom den då riskerar att inte komma till nytta.

6) Användarvänlighet

Även om de anhöriga menade att det ofta fungerade relativt bra för deras närstående med demens att använda välkänd och välintegrerad teknik så fanns det gott om exempel på teknikanvändning som inte fungerade för dem trots tidigare lång erfarenhet och god kompetens i användning. Det ansågs därför mycket viktigt att teknik är användar-

vänlig för att den ska vara användbar för en person med demenssjukdom. Med användarvänlig menades att tekniken inte ställer så stora krav på användaren genom att: 1) kräva att användaren utför en serie handlingar, 2) kräva att användaren gör val till exempel måste välja mellan olika knappar, eller 3) kräva att användaren anger sifferkoder eller måste ta sig fram genom olika lager av menyer i en programvara eller på hemsidor. Man ansåg också att det var viktigt att designen tog hänsyn till att äldre personer ofta har nedsatt syn, hörsel och känsel vilket ställer särskilda krav på tekniken som ska användas av dem.

Det framkom tydligt genom observationerna och intervjuerna med personerna med demens att det är av största betydelse att själva hjälpmedlet guidar personen med demens i användningen eftersom det var svårt för dem att komma ihåg instruktioner eller strukturerat använda sig av skrivna instruktioner. Att undersöka hur möjligheterna till användning förstås av användaren är därför grundläggande när det gäller att hitta teknik som fungerar för en person med demens. Ett exempel på när ett hjälpmedel kommunicerade en annan användning än den tänkta till en person med demens var en kvinna som fick en magnetavla förskriven som hjälpmedel för att hon skulle kunna påminna sig om vad hon hade för aktiviteter inplanerade. Det var tänkt att magneterna som hade symboler som symboliserade till exempel att gå och handla eller att se på TV skulle sättas vid aktuell tid och dag på veckoschemat. Men eftersom tavlan med magneterna kommunicerade samma användning som hennes kylskåpsdörr så använde hon den främst att sätta upp lappar och kvitton på.

En annan aspekt av användarvänlighet som de anhöriga framhöll var att det är positivt för användaren med demenssjukdom ifall tekniken är utrustad med funktioner som förhindrar felaktig användning och i de fall fel ändå uppstår korrigerar dessa. De ansåg att tekniken bör vara följsam och anpassa sig till användarens agerande och vara förprogrammerad med rätt användning. Ett exempel på teknik som de anhöriga önskade sig var en tvättmaskin med sensorer som kände av var användaren hade satt tvättmedlet och hämtade det därifrån, även om det var på en annan plats än den avsedda.

7) Icke-stigmatiserande

Slutligen framkom det både i fokusgrupperna och i intervjuerna med personerna med demens att det är mycket viktigt att tekniken inte upplevs som stigmatiserande av den tänkta användaren genom att exempelvis vara förknippad med hög ålder. Exempelvis sa vissa av deltagarna i fokusgrupperna att de inte skulle vilja ha en synlig spisvakt i sitt kök eftersom det associerades med äldreboenden. Man ville även undvika produkter med design som upplevdes som ful eller som gav andra negativa signaler som exempelvis att användaren inte är tillräknelig.

Resultat delstudie två

Tillsammans gav fokusgruppsintervjuerna och de individuella telefonintervjuerna information om vad deltagarna tyckte om utbildningsinsatsens form och innehåll. De gav också information om hur deltagarna resonerade kring vad utbildningsinsatsen hade gett dem och hur de resonerade kring användbarheten av kunskaperna och materialet i praxis i den verksamhet de arbetade i. En analys av detta material resulterade i fyra teman som presenteras här: 1) något att kommunicera kring, 2) flyttar fokus, 3) praktiska konsekvenser, och 4) förutsättningar för användning. Även checklistans utformning och innehåll diskuterades ingående i fokusgrupperna. En analys av dessa diskussioner resulterade i en revidering av checklistan som i korta drag beskrivs sist i detta resultatavsnitt. För att se den reviderade checklistan, se bilaga 1.

1) Något att kommunicera kring

Vid de uppföljande fokusgruppsdiskussionerna (2a och 2b) visade det sig att de flesta deltagarna hade spridit informationen som de hade tagit till dig under utbildningsinsatsen. Spridningen hade skett mer eller mindre formellt. Vissa hade på ett informellt sätt berättat om utbildningens innehåll och visat materialet, dvs. checklistan och färdighetshierarkin, för sina arbetskamrater medan andra hade fört informationen vidare till arbetsgrupper och chefer under mer formella former. I en kommun hade detta t.ex. resulterat i att man hade beslutat att inleda en försöksverksamhet där man skulle arbeta vidare med utgångspunkt från utbildningsinsatsen riktat mot personer med demens i tidig fas i kommunen. Deltagarna i fokusgrupperna tyckte att det de förde vidare från utbildningen togs emot positivt och de trodde att detta berodde på att den erbjöd strukturerade arbetssätt inom ett känt men ändå relativt ouppmärksammat problemområde där man tidigare saknat bra angreppssätt. Deltagarna såg det som att materialet från utbildningsdagarna, särskilt checklistan, blir ett sätt att kommunicera det man ser hemma hos personer med demens till andra yrkesgrupper och till personer inom olika instanser.

Just kommunikation mellan olika yrkesgrupper och mellan primärvård och kommun betonades mycket i diskussionerna. För att kunna hjälpa personer med demens och deras anhöriga med teknik i hemmet så måste information överföras mellan yrkesgrupper, exempelvis mellan hemtjänstpersonal och arbetsterapeuter, och i denna kommunikation såg deltagarna checklistan som en möjlig och konkret länk att kommunicera kring.

Deltagarna framhöll också checklistans användningsområde när det gäller att kunna förklara hur man tänker och varför man tänker som man gör när man diskuterar med annan personal eller anhöriga samt motivera de beslut man som professionell tar. En av arbetsterapeuterna ansåg till exempel att checklistan kunde ge henne argument i diskussioner om hjälpmedel, som till exempel när hon uppmanas att se till att en person med demens får en spistimer installerad i sitt hem och hon inte anser att det är någon bra lösning för personen i fråga. Hon ansåg att checklistan i sådana situationer kan hjälpa henne att sätta ord på och motivera varför hon inte anser att personen ska ha en spistimer.

Vidare ansåg deltagarna att dokument som checklistan eller svårighets-hierarkin kan underlätta genom att ge deras ståndpunkt legitimitet och objektivitet i diskussioner och argumentationer med andra. De menade att med ett dokument som checklistan eller svårighetshierarkin i ryggen blir det lättare att kritisera någon annans förslag eller beslut utan att det känns som att man angriper den personen, något som de ansåg att det lätt blir annars om man gör det endast utifrån sin egen erfarenhet och kunskap.

2) Flyttar fokus

Deltagarna betonade att utbildningsinsatsen och materialet hade påverkat deras sätt att tänka och öppnat deras ögon för vikten av att uppmärksamma vardagsteknik som en viktig aspekt av aktivitetslivet hos personer med demens. De menade också att den information som checklistan ger flyttar fokus från säkerhet och överlevnad till livskvalitet, något som de ansåg att man bör arbeta mer med i vården.

Ett exempel på att utbildningsinsatsen hade öppnat ögonen för vardagsteknik gavs av en deltagare som sa att hon inte tidigare hade tänkt på att det vid en demensutredning är viktigt att ta reda på om personen som utreds kan använda sin TV. Efter utbildningsinsatsen har hon uppmärksammat TV apparater och andra vardagstekniska föremål på ett nytt sätt i sitt arbete. Detta är förutom ett exempel på vad som händer när man får upp ögonen för ett nytt område också ett exempel på hur man genom att uppmärksamma en persons möjlighet att exempelvis se på TV tar in viktiga aspekter av livskvalitet i en demensutredning och inte bara fokuserar på aspekter av överlevnad och säkerhet. En annan av deltagarna påpekade att hon tidigare hade fokuserat på behov av tröskelborttagning och toalettstolsförhöjningar när det gällde hemmiljön hos personer med demens men inte undersökt om de till exempel kunde använda sin telefon. I och med att hon har fått upp ögonen för vardagsteknik genom utbildningsinsatsen så kommer hon i fortsättningen att fråga efter andra saker, sa hon, och menade också att hon då kommer att kunna upptäcka andra problem och även andra lösningar.

Deltagarna framhöll checklistan som ett verktyg för att fånga upp viktiga aspekter av betydelse och etiska överväganden i arbetet med stödjande teknik för personer med demens och deras anhöriga. De ansåg att den tydliga strukturen som checklistan gav ledde till en högre kvalitet i deras arbete med personerna med demens och gav dem information som de annars inte hade fått fram. De menade att genom att begrepp som värderingar och självbild så tydligt lyftes fram i checklistan så kan den bli ett stöd i att arbeta enligt de riktlinjer som finns inom vården om att stärka kvalitén, och i arbetet med ett salutogent förhållningssätt och meningsfullhet i vardagen.

Sammanfattningsvis så upplevde deltagarna att deras tänkesätt och fokus hade förändrats genom deltagandet i utbildningsinsatsen och de tyckte att de hade fått en ökad medvetenhet om framförallt vardagsteknik. Dessa förändringar ledde också till förändringar i deras praktiska handlande, vilket beskrivs i följande tema.

3) Praktiska konsekvenser

Deltagarna tyckte att utbildningsinsatsen hade påverkat deras sätt att tänka och många av dem ansåg även att den hade lett till att de hade förändrat – eller planerade att förändra – sitt arbetssätt. En sådan förändring kunde till exempel vara att man inte längre nöjde sig med att konstatera att en person med demens inte längre klarade att utföra en viss aktivitet utan följde upp varför för att konkret ta reda på vad det var som personen inte klarade. Deltagarna menade också att de efter utbildningsinsatsen forskade mer kring möjliga svårigheter som kunde uppstå i samband med teknikanvändning. Ett exempel var en deltagare som berättade att tidigare frågade hon bara om personen med demens hade kontakt med anhöriga men efter utbildningsinsatsen frågade hon även hur denna kontakt gick till, för att få reda på personens eventuella svårigheter att hantera telefon eller e-post.

Förutom att deltagarna tyckte att utbildningsinsatsen hade förändrat deras tänkesätt, arbetssätt och kvaliteten på deras arbete så hade den dessutom lett till att vissa av deltagarna planerade eller redan hade inlett nya projekt kring stödjande teknik och demens. Ett sådant projekt innebar exempelvis att man planerade att upprätta ett visningsrum för teknik med saker som personer med demens och deras anhöriga skulle kunna prova innan de själva köper tekniken. Detta projekt hade stöd från ledningen i kommunen och deltagarna menade att det var deras deltagande i utbildningsinsatsen som hade gett dem idén och när de berättade om innehållet i denna samt visade material för sina chefer så fick de gehör för sin idé om ett visningsrum med teknik. Ett annat projekt som hade inletts av en deltagare i utbildningsinsatsen var att man i en kommun skulle börja arbeta med utgångspunkt från utbild-

ningsinsatsen med en grupp på 30 personer med demens i tidig fas för att utvärdera detta arbetssätt och eventuellt utöka det till att gälla fler personer om det föll väl ut.

Deltagarna diskuterade också att en ökad medvetenhet om vardagsteknik och hjälpmedel och ett ökat kommunicerande kring svårigheter i teknikhantering och problem som skulle kunna lösas med teknikstöd skulle kunna leda till att arbetsterapeuter får fler ärenden kring kognitiva problem och inte bara fysiska. Detta såg deltagarna som något i huvudsak positivt eftersom de ansåg att behovet av sådana interventioner fanns hos klienterna men de betonade också att det kräver att det finns tillräckliga resurser i form av arbetsterapeuttjänster.

Genom att utbildningsinsatsen lyfte fram vardagsteknik och visade på behovet av att uppmärksamma och arbeta med denna kände deltagarna att de hade fått stöd i att fokusera mer på vardagsteknik som radioapparater och mikrovågsugnar i hemmet hos personer med demens och hjälpa till att anpassa dessa genom att till exempel märka upp dem med färgmarkeringar eller med text. Flera av hemtjänstpersonalen berättade att detta var något som de även tidigare ibland hade gjort i hemmet hos sina vårdtagare med demens men de uttryckte att de kände sig styrkta i att göra detta efter utbildningsinsatsen. De sa att de planerade att lägga större vikt vid detta eftersom de såg vikten av att deras vårdtagare kunde fortsätta att använda vardagsteknik som var viktig för dem. En av deltagarna från hemtjänsten uttryckte att hon efter utbildningsinsatsen hade vidgat sin syn på omvårdnad till att också kunna omfatta anpassning av eller stöd i användning av vardagsteknik och därför såg hon det som en viktig och legitim uppgift för henne att arbeta med.

Utbildningsinsatsen resulterade således i ett flertal förändringar och ansatser till förändring i praxis men den resulterade också i diskussioner som i förlängningen skulle kunna resultera i förändring och utveckling längre fram. Det visade sig vid fokusgruppsdiskussionerna att punkterna i checklisten stimulerade till diskussioner inom många olika områden. Bland annat diskuterade deltagarna hur hjälpmedel borde vara utformade för att passa personer med demens bättre. När de gällde svårighetshierarkin så uppskattade deltagarna att den kunde hjälpa dem att analysera och sätta ord på de svårigheter i teknikanvändning som de observerade hos personer med demens. Svårighetshierarkin sågs också som en möjlig utgångspunkt för att anpassa eller välja lämplig teknik för personer med demens.

4) Förutsättningar för användning

Även om samtliga deltagare uttryckte att de hade nytta av att ha deltagit i utbildningsinsatsen och att den hade bidragit till att de hade

utvecklats i sitt yrke så var det tydligt att vars och ens profession och befattning avgjorde hur och i vilken grad de kunde använda sig av de nya kunskaperna och materialet. Även om det fanns individuella skillnader inom samtliga yrkesgrupper så var arbetsterapeuterna den yrkesgrupp som tyckte att de hade störst möjligheter att använda kunskaperna och materialet från utbildningsinsatsen i sin helhet direkt i sitt praktiska arbete. De yrkeskategorier som inte själva hade möjligheten att förskriva hjälpmedel såg sin huvudsakliga roll som att de skulle uppmärksamma problem och vidarebefordra dessa till en arbetsterapeut. De tyckte att utbildningsinsatsen hade tydliggjort deras roll som en länk i vårdkedjan och de såg också att deras roll var viktig för att personer med demens och deras anhöriga ska kunna få hjälp i form av teknikstöd. En av undersköterskorna uttryckte att hon efter utbildningen såg sig som viktigare än hon trott att hon var. Hon menade att hon genom att ha ett vardagligt samtal med de anhöriga till personerna med demens fick information om behov av teknikstöd som hon sedan kunde vidarebefordra till arbetsterapeut. Men hon betonade att hennes roll inte bara var att föra vidare informationen utan också att motivera och stödja personen med demens och eventuell anhörig att ta emot hjälp i form av exempelvis teknikstöd. Hon ansåg att hon i sin yrkesroll hade unika möjligheter till detta eftersom hon träffade sina vårdtagare ofta och under lång tid och därmed kunde bygga upp förtroenden och nära relationer.

Flera av deltagarna upplevde att materialet och de nya kunskaperna öppnade upp möjligheterna till att ge stöd i hemmet till personer med demens och deras anhöriga på sätt som de inte tidigare hade tänkt på. Samtidigt såg de svårigheter i att kunna arbeta på detta sätt. Svårigheter som diskuterades var bland annat att det är svårt att få träffa personer med tidig demens som bor hemma och kanske har behov av teknikstöd i hemmet eftersom de ofta klarar sig själva och inte söker hjälp. Flera av deltagarna menade att det generellt är svårt att få äldre att ta emot hjälp, bland annat i form av stödjande teknik, och att det därför ofta krävs mycket tid för att skapa det personliga förtroende som krävs. Det diskuterades också att för att kunna arbeta enligt checklistan så krävs det mycket tid och det var inte alltid realistiskt att kunna avsätta så mycket tid för en klient. Deltagarna menade att beroende på var i vårdkedjan man arbetar så avgörs vilken grad av kontinuitet man kan erbjuda sina klienter. Deltagarna som arbetade inom hemtjänsten tyckte att de kunde ge kontinuitet och att detta var något som gjorde deras position speciellt lämpad till att fånga upp behov som kanske inte visar sig vid ett enskilt hembesök av arbetsterapeut, biståndshandläggare eller demenssjuksköterska. I linje med detta resonemang så menade deltagarna som kallades in för tillfälliga insatser, dvs. arbetade på konsultbasis att detta var ett hinder för att kunna arbeta helt enligt riktlinjerna från utbildningsinsatsen eftersom det oftast inte gjorde

det möjligt för dem att följa klienterna över tid. Trots de här beskrivna svårigheterna att använda kunskaperna och materialet från utbildningsinsatsen så beskrev samtliga deltagare i diskussionerna hur de i sin yrkesroll och befattning kunde använda sig av det.

Sammanfattningsvis hittade alla deltagare ett eller flera områden där de såg att de kunde använda sig av kunskaperna och materialet från utbildningsinsatsen. De identifierade själva på vilket sätt de kunde använda kunskaperna och materialet. På så sätt tog deltagarna större eller mindre delar av det som förmedlades vid utbildningsinsatsen och gjorde det till sitt eget beroende på vilka möjligheter de hade att använda detta i sitt praktiska arbete.

Revidering av checklistan

I fokusgruppsdiskussionerna diskuterade deltagarna hur relevant och användbar varje punkt i checklistan var. Diskussionerna avspeglade de olika behov och arbetssätt som fanns bland deltagarna på så sätt att olika delar av checklistan var relevanta för olika deltagare beroende på 1) vilka personer med demens och/eller anhöriga som de träffade i sitt arbete, 2) hur de arbetade med dessa personer och 3) vilka roller och arbetsuppgifter de hade i sitt arbete. Vissa av deltagarna ville ha checklistan med sig på hembesöken hos personerna med demens men andra ville hellre ha punkterna i bakhuvudet när de besökte dem. Alla önskade att checklistan skulle vara lätt att använda i det vardagliga arbetet. För att öka relevansen och användbarheten av checklistan har den reviderats utifrån deltagarnas diskussioner. Här nedan beskrivs huvuddragen för de revideringar som har gjorts.

Deltagarna efterfrågade å ena sidan en enkel och kortfattad checklista och å andra sidan efterfrågades också förklaringar och exempel för de olika punkterna. För att förkorta checklistan fördes vissa punkter samman och några punkter ströks då de fångades upp av andra. Istället för att förlänga checklistan med förklaringar och exempel hänvisar vi till resultat 1 i denna studie för exempel. Checklistan arbetades också om för att bli enklare och mer självförklarande vilket beskrivs här nedan.

Deltagarna hade synpunkter på att vissa ord var svåra att förstå och i fokusgrupperna diskuterades vilka ord eller uttryck som skulle kunna väljas för att ersätta de ord som ansågs vara för svåra för användaren av checklistan oavsett profession. Exempel på ord som ansågs vara svåra att förstå var självbild, intervention och stigmatiserande. I den reviderade versionen (bilaga 1) har punkterna som innehöll dessa ord formulerats om för att undvika eller förklara de svåra orden.

Det visade sig också i fokusgruppsdiskussionerna att förutom förekomsten av svåra ord så ansåg deltagarna att själva budskapet i vissa punkter var svårt att förstå. För att göra dessa punkter mer lättillgängliga och användbara så formulerades de om utifrån diskussionerna i fokusgrupperna. Ett exempel på en punkt som formulerades om efter en sådan diskussion är nedanstående:

- Eftersom det ofta är svårt för en person med demens att komma ihåg instruktioner eller strukturerat använda sig av skrivna instruktioner så är det av största betydelse att själva hjälpmedlet/tekniken direkt kommunicerar hur det ska användas till användaren (punkt från Checklistan version 1).
- Tänk på att det är viktigt att man kan lista ut hur hjälpmedlet eller tekniken ska användas under tiden man använder det eftersom det ofta är svårt för en person med demens att komma ihåg instruktioner eller att läsa bruksanvisningar (punkt från Checklistan reviderad version 1).

I den icke-reviderade versionen av checklistan följdes varje punkt av en eller flera frågor som var formulerade för att täcka in punktens innehåll. Frågorna var däremot inte avsedda att ställas exakt så som de var formulerade i checklistan (se sid 38). Deltagarna var ense om att checklistan borde revideras så att den endast bestod av ”att tänka på” punkter eftersom de ansåg att frågorna ändå inte gick att ställa till en klient eftersom de var formulerade i skriftspråk och ofta innehöll för svåra ord. Flera tyckte också att det fanns en risk att man glömde läsa själva punkten och bara läste frågorna när checklistan innehöll både och, vilket medförde att det viktigaste i stället kunde gå förlorat.

Slutligen har vi också lagt till anteckningsrader på varje sida för att öka användbarheten. Detta gjorde vi för att den ska vara lättare att använda för dem som vill ha den med sig på hembesök eller snabbt vill kunna fylla i anteckningar när man är tillbaka på kontoret efter hembesöket.

Diskussion

I detta diskussionsavsnitt kommer både delstudie ett och två att diskuteras. Delstudie ett kan ses som en förstudie till delstudie två då resultatet från delstudie ett omformulerades till en checklista som är tänkt att användas av professionella som möter personer med demens eller deras anhöriga i klinisk praxis. Checklistan prövades sedan i delstudie två och reviderades efter denna prövning.

Diskussion delstudie ett

Resultatet i delstudie ett bygger på data som har samlats in med olika metoder; observation, intervju och fokusgruppsdiskussioner med både personer med demens, anhöriga och professionella (arbetsterapeuter och hemtjänstpersonal). Det innebär att det inte endast är en grupps erfarenheter och åsikter som framkommer i resultatet. Detta är viktigt för att resultatet ska vara användbart i praxis eftersom studier visar att det kan förekomma kolliderande perspektiv hos de olika parterna i hjälpmedelsprocessen (Bjørneby et al., 2004; Nygård, 2009; Robinsson et al., 2007; Rosenberg, 2009). Forskningsstudierna som resultatet i delstudie ett bygger på finns publicerade i en doktorsavhandling (Rosenberg, 2009).

Vi vill här diskutera några punkter från resultatet i delstudie ett som vi finner särskilt viktiga eftersom de inte tidigare har framkommit i hjälpmedelslitteraturen eller för att ytterligare nyanser och dimensioner framkom här. Enligt litteraturen ska behov, önskingar och preferenser hos både personen med demens och anhörig vara styrande i hjälpmedelsinterventionen (Alvin et al., 2007; Bjørneby et al., 2004) men kolliderande perspektiv hos de olika parterna i hjälpmedelsprocessen (Bjørneby et al., 2004; Nygård, 2009; Robinsson et al., 2007; Rosenberg, 2009) kan försvåra detta. Ett område där det kan vara extra viktigt att vara uppmärksam på kolliderande perspektiv är när det gäller teknik för säkerhet. Tidigare studier har visat att hjälpmedel för säkerhet är högprioriterat hos anhöriga till personer med demens (Kinney, Kart, Murdoch & Ziemba, 2003; Rialle, Ollivet, Guigui & Hervé, 2008). Resultatet av delstudie ett stödjer dessa resultat och visar dessutom att etiska hänsyn kan riskera att åsidosättas när frågor om säkerhet ligger i fokus. Dessutom visade det sig att när andra parter kom in för att ge hjälp och stöd i användning av hjälpmedlet så gjorde de det utifrån sitt sätt att se på situationen vilket kunde leda till att behov och perspektiv hos personen med demens inte hörsammades och även förvrängdes under processens gång. Personerna som hjälpte gjorde det utifrån sin syn på vad som var det rätta att göra istället för att utgå ifrån behov

och perspektiv hos personen med demens. Resultatet visar också att stereotyper av äldre i allmänhet (Östlund, 2005) och personer med demens i synnerhet påverkar vilka lösningar som söks och vilka problem man söker lösa med teknik. Det är därför viktigt för professionella att uppmärksamma och ifrågasätta stereotypa bilder och idéer om vilka personerna med demens är och vad de bör ägna sig åt för att kunna möta verkliga behov och önskemål hos sina klienter.

Som tidigare sagts så finns det en stark tilltro till att hjälpmedel och annan stödjande teknik har en viktig roll att spela för personer med demens och deras anhöriga (Cahill et al., 2007a; Cahill et al., 2007b; Cash, 2003; Gitlin & Chee, 2006) men som Wey (2006) påpekar så är själva hjälpmedlet eller den tekniska produkten bara ett verktyg. Deras potential att möjliggöra aktivitet beror i hög grad på interventionsprocessens kvalitet (Wey, 2006). Enligt resultatet av delstudie ett så är den generella processen vid hjälpmedelsförskrivning (Blomquist & Nicolau, 2007; Alvin et al., 2007) för linjär för att vara optimal när det gäller hjälpmedelsförskrivning till personer med demens och deras anhöriga. Resultatet visade att personerna med demens behövde använda hjälpmedlet i sin vardag och naturliga miljö för att upptäcka om och i så fall på vilket sätt det kunde vara till nytta för dem. Det visade sig kräva ett allt för abstrakt resonemang för personerna med demens att de vid förskrivningen skulle kunna föreställa sig hjälpmedlets potential och möjligheter i förhållande till den egna situationen. Därför är det viktigt med ett öppet förhållningssätt till interventionens resultat för att inte låsa sig vid på förhand definierade mål så som ofta rekommenderas i rehabilitering (Bovend'eerd, Botell & Wade, 2009) och i arbetsterapi (Graff, 2008; Kielhofner, 2008; Law et al., 1998). Ett alternativt arbetsätt är att tillåta att processen förändras beroende på den föränderliga situation, som en person med demens ofta befinner sig i, utan att det behöver innebära att interventionen har misslyckats. Detta arbetsätt verkar särskilt lämpligt då det gäller att prova ut hjälpmedel till personer med demens och deras anhöriga.

Diskussion delstudie två

Överföringen av forskningsresultat till meningsfull information för kliniker är en förutsättning för en lyckad kunskapsöverföring mellan forskare och praktiker (Baumbusch et al., 2008). För att göra resultatet av delstudie ett tillgängligt och användbart för professionella som möter personer med demens och deras anhöriga i sitt arbete så omformulerades det till en checklista. När checklisten prövades så ingick den som en del i en utbildningsinsats. Resultatet i delstudie två omfattar hela utbildningsinsatsen och inte enbart checklisten. Här kommer utbildningsinsatsen i sin helhet att diskuteras.

I delstudie två där utbildningsinsatsen utvärderades deltog elva professionella (arbetsterapeuter, undersköterskor, sjuksköterska och biståndshandläggare) som möter personer med demens och deras anhöriga i sitt arbete. Tio av dessa deltagare var kvinnor och en var man. För att inte peka ut mannen i resultatet eller diskussionen så har vi valt att skriva det som om alla var kvinnor.

Det är svårt att nå ut med forskningsresultat och åstadkomma förändring i praxis (Baumbusch, 2008; Draper, et al., 2009). Trots det visade resultatet av delstudie två på en rad direkta förändringar i deltagarnas tänkesätt, förhållningssätt och handlingar. Bland annat ansåg deltagarna att utbildningsinsatsen flyttade fokus från klienternas överlevnad och säkerhet till deras livskvalitet. Deltagarna problematiserade också möjligheterna att helt kunna använda kunskaperna och materialet från utbildningsinsatsen på sina respektive arbetsplatser. Förutom yrkesroller och befogenheter så visade sig exempelvis tid, ekonomi och organisation påverka möjligheterna till det.

I såväl fokusgruppsdiskussionerna som i de individuella telefonintervjuerna uppmanade vi deltagarna att vara kritiska och berätta även sådant som de tyckte var negativt med utbildningsinsatsen och materialet. Eftersom det var samma personer som deltog som lärare och bisittare vid utbildningsdagen som sedan utförde intervjuerna och ledde fokusgruppsdiskussionerna så kan det ha funnits en risk att deltagarna trots uppmaningarna ville uttrycka sig positivt. Det skulle därför ha kunnat finnas ett värde av att låta någon som inte var med på utbildningsdagen samla in data men då skulle det pedagogiska värdet av att vi kunde förklara och förtydliga det vi gick igenom på utbildningsdagen även under fokusgruppsdiskussionerna och i de individuella telefonintervjuerna ha gått förlorat. Eftersom vi såg fokusgruppsdiskussionerna som en del av utbildningsinsatsen så var lärarnas och bisittarnas närvaro en viktig del av den pedagogiska idén.

Även om vi visste sedan tidigare att fokusgruppsmetodiken har ett pedagogiskt värde (Dahlin Ivanoff & Hultberg, 2006), dvs. fungerar som en inlärningsituation för de inblandade och inte bara ger värdefulla data så överträffades dessa förväntningar stort. Själva fokusgruppsdiskussionerna verkade ha haft ett oväntat stort värde för deltagarnas lärande då de i diskussionerna förklarade för varandra, frågade oss, diskuterade möjliga utvecklingar och inspirerades av det som andra berättade. Genom att diskutera så upptäckte de själva när de inte riktigt hade förstått och genom att förklara för varandra tycktes de nå ett fördjupat lärande. Dessa observationer går i linje med Dewey som betonar reflektion, interaktion och görande i lärandeprocessen (Dewey, 1938). Det var just detta som skedde i fokusgruppsdiskussionerna där deltagarna arbetade med att konkret planera, diskutera och ge varandra feedback på hur de skulle kunna använda kunskaperna och mate-

rialet. I enlighet med Dewey (1938) gjorde de på detta sätt materialet och kunskaperna till sitt.

Dock uttryckte vissa av deltagarna även efter utbildningsinsatsen att det var svårt att formulera frågor som de skulle kunna ställa till sina klienter utifrån punkterna i checklistan. För att komma över denna tröskel redan inom utbildningsinsatsen skulle man kunna komplettera utbildningsinsatsen med att deltagarna redan under utbildningsdagen provar att ställa frågor utifrån checklistans punkter som ett slags rollspel och därefter har gemensamma diskussioner om erfarenheterna av dessa rollspel.

Deltagarna uttryckte sig mycket uppskattande om utbildningsinsatsens form och innehåll. De efterfrågade fler liknande utbildningsinsatser eftersom de ansåg att det är viktigt att få gemensam kunskap över professionsgränserna. De menade att även om man har olika roller så jobbar man i en kedja där varje länk är viktig. Detta är en intressant tanke då vi oftast inom till exempel universitetet erbjuder kurser och utbildningar till enskilda individer men mer sällan till grupper som arbetar tillsammans i en organisation. Deltagarna kommunicerade också i hög grad kunskapen och materialet som de hade fått vid utbildningsinsatsen vidare i organisationen där de arbetade.

Deltagarna tyckte att checklistan hade potential att fungera som ett konkret verktyg som ger stöd i arbetet med teknikstöd för personer med demens och i diskussioner kring detta. De såg också checklistan som en länk att kommunicera kring och som ett dokument att använda för att förklara för andra exempelvis varför man som professionell tar vissa beslut. Detta visade på deltagarnas behov av konkreta verktyg som kan användas som stöd i kliniska resonemang och diskussioner. Resultatet i delstudie två visade också på kreativitet och uppfinningsrikedom hos deltagarna när det gällde att se möjliga användningsområden för materialet och de nya kunskaperna inom deras respektive verksamheter och organisationer. Detta visar på en uppfinningsrikedom och potential att utveckla vården och en stark vilja att kommunicera sina idéer till oss och till varandra. Detta är också ett exempel på att överföring av kunskap är en interaktiv process mellan forskare och kliniker, såsom Baumbusch et al. (2008) och Draper et al. (2009) förespråkar och ett konkret exempel på hur viktigt det är att samarbeta mellan akademi och klinik för att få så bra avsättning för forskningsresultat som möjligt. Trots att de flesta deltagarna under tiden som delstudie två pågick berättade att de förändrade sina tänkesätt, förhållningssätt och handlingar så vet vi inte om utbildningsinsatsen kommer att innebära förändring i ett längre tidsperspektiv. För att ta reda på detta hade det varit önskvärt att följa deltagarna under en längre tid för att se om de gjorde verklighet av planer som de hade och om förändringarna som skedde under tiden för studien fanns kvar.

Författarnas tack

Författarna vill först och främst tacka deltagarna i de två olika forskningsstudierna för att de delade med sig av sin tid, sina tankar och erfarenheter till oss. Vi vill också tacka doktorand Camilla Malinowsky och forskningsassistenterna Monica Pantzar, Pernilla Lundh och Sofia Starkhammar för värdefull hjälp. Slutligen vill vi tacka docent Anders Kottorp för gott samarbete under arbetet med fokusgruppsstudien. Finansiellt stöd gavs från Nationella Forskarskolan i Vård och Omsorg (NFVO), Hjälpmedelsinstitutet (HI), Stockholms läns landsting, ALF, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och Swedish Brainpower.

Referenser

Alvin, J., Krevers, B., Johansson, U., Josephsson, S., Haraldsson, U., Boström, C., et al. (2007). Health economic and process evaluation of AT interventions for persons with dementia and their relatives – A suggested assessment model. *Technology and Disability, 19*, 61-71.

Assistive technology act of 1998. US Public Law: 108-364, 108th Congress. Retrieved December 3, 2009, from http://www.ataporg.org/atap/atact_law.pdf

Baumbusch, J. L., Kirkham, S. R., Khan, K. B., McDonald, H., Semeniuk, P., Tan, E., & Anderson, J. M. (2008). Pursuing common agendas: A collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings. *Research in Nursing & Health, 31*, 130-140.

Bjørneby, S., Topo, P., Cahill, S., Begley, E., Jones, K., Hagen, I., et al. (2004). Ethical considerations in the ENABLE project. *Dementia, 3*(3), 297-312.

Blomquist, U-B., & Nicolaou, I. (2007). The prescription process of assistive devices to persons with functional disorder [Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder]. Vällingby: The Swedish Handicap Institute.

Bovend'eerdt, T. J., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical rehabilitation, 23*, 352-361.

Cahill, S., Begley, E., Faulkner, J-P., & Hagen, I. (2007a). "It gives me a sense of independence" – Findings from Ireland on the use and usefulness of assistive technology for people with dementia. *Technology and Disability, 19*, 133-142.

Cahill, S., Macijauskiene, J., Nygård, A-M., Faulkner, J-P., & Hagen, I. (2007b). Technology in dementia care. *Technology and Disability, 19*, 55-60.

Cash, M. (2003). Assistive technology and people with dementia. *Reviews in Clinical Gerontology, 13*, 313-319.

Dahlin Ivanoff, S., & Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: Basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 13*, 125-132.

Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: Collier Books.

- Draper, B., Low, L. F., Withall, A., Vickland, V., & Ward, T. (2009). Translating dementia research into practice. *International Psychogeriatrics*, 21 (Suppl. 1), S72-S80.
- Eisendorfer, C., Czaja, S. J., Loewenstein, D.A., Rupert, M. P., Argüelles, S., Mitrani, V. B., et al. (2003). The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *The Gerontologist*, 43(4), 521-531.
- EU: Astrid. (2000). A social and technological response to meeting the needs of individuals with dementia & their carers. A guide to using technology within dementia care. *Journal of Dementia Care*. London: Hawcer Publications.
- Finkel, S., Czaja, S. J., Schulz, R., Martinovich, Z., Harris, C., & Pezzuto, D. (2007). E-care: A telecommunications technology intervention for family caregivers of dementia patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(5), 443-448.
- Gitlin, L. N. (2002). Assistive technology in the home and community of older people: psychological and social considerations. In M. J. Scherer (Ed.), *Assistive technology: Matching devices and consumers for successful rehabilitation* (pp. 109-122). Washington, DC: APA Books.
- Gitlin, L. N., & Chee, Y. K. (2006). Use of adaptive equipment in caring for persons with dementia at home. *Alzheimer's Care Quarterly*, 7(1), 32-40.
- Glaser, B. G., Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Graff, M. J. (2008). Effectiveness and efficiency of community occupational therapy for older people with dementia and their caregivers. Doctoral Thesis. Radboud University Nijmegen.
- 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.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation: Theory and application* (4th Ed.). Baltimore, MD: Lippincot, Williams & Wilkins.
- Kinney, J. M., Kart, C. S., Murdoch, L. D., & Ziemba, T. F. (2003). Challenges in caregiving and creative solutions: Using technology to facilitate caring for a relative with dementia. *Ageing International*, 28(3), 295-314.
- Kvale, S. (1996). *InterViews*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Larsson Lund, M., & Nygård, L. (2003). Incorporating or resisting assistive devices: Different approaches to achieving a desired occupational self-image. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 23(2), 67-75.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure* (2nd ed. Rev.) Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Magnusson, L., Hansson, E., Brito, L., Berthold, M., Chambers, M., & Daly, T. (2002). Supporting family carers through the use of information technology – the EU project ACTION. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 369-381.

Mahoney, D. F., Tarlow, B. J., & Jones, R. N. (2003). Effects on an automated telephone support system on caregiver burden and anxiety: Findings from the REACH for TLC intervention study. *The Gerontologist*, 43(4), 556-567.

Malinowsky, C., Nygård, L. & Kottorp, A. (In press). Psychometric evaluation of a new assessment of the ability to manage technology in everyday life for persons with mild Alzheimer's disease, mild cognitive impairment or older adults without cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.

Morgan, D. L., & Kreuger, R. A. (1997). *Focus group kit* (Vols 1-6). London: Sage Publications.

Nygård, L. (2006). How can we get access to the experiences of people with dementia? Suggestions and reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(2), 101-12.

Nygård, L. (2009). The stove timer as a device for older adults with cognitive impairment or dementia; different professionals reasoning's and actions, *Technology & Disability*, 21, 53-66.

Nygård, L. & Johansson, M. (2001). The experience and management of temporality in five cases of dementia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 85-95.

Nygård, L., Starkhammar, S. (2003). Telephone use among non-institutionalized persons with dementia living alone. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 239-249.

Nygård, L., & Starkhammar, S. (2007). The use of everyday technology by people with dementia living alone. *Aging & Mental Health*, 11, 144-155.

Nygård, L., Starkhammar, S., & Lilja, M. (2008). The provision of stove timers to individuals with cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 4-12.

- Rialle, V., Ollivet, C., Guigui, C., & Hervé, C. (2008). What do family caregivers of Alzheimer's disease patients desire in smart home technologies? Contrasted results of a wide survey. *Methods Information in Medicine*, 47, 63-69.
- Robinson, L., Hutchings, D., Corner, L., Finch, T., Hughes, J., Brittain, K., et al. (2007). Balancing rights and risks: Conflicting perspective in the management of wandering in dementia. *Health, Risk & Society*, 9(4), 389-406.
- Rosenberg, L. (2009). Navigating through technological landscapes. Views of people with dementia or MCI and their significant others. Doctoral thesis. Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Occupational Therapy, Karolinska Institute, Stockholm.
- Rosenberg, L., Kottorp, A., Winblad, B., & Nygård, L. (2009). Perceived difficulty in everyday technology use among older adults with or without cognitive deficits. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(4), 216-226.
- Rosenberg, L., Kottorp, A., & Nygård, L. Readiness for technology use with people with dementia: The perspectives of significant others. In manuscript.
- Rosenberg, L., & Nygård, L. (In press). Persons with dementia become users of assistive technology: A study of the process. *Dementia*.
- Schmitter-Edgecombe, M., Howard, J. T., Pavawalla, S. P., Howell, L., & Rueda, A. (2008). Multitask memory notebook intervention for very mild dementia: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23, 477-487.
- Schultz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia. Prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240-249.
- Spruytte, N., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F. (2001). Predictors of institutionalization of cognitively-impaired elderly cared for by their relatives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 119-1128.
- Starkhammar, S., & Nygård, L. (2008). Using a time device for the stove: Experiences of older adults with memory impairment or dementia and their families. *Technology and Disability*, 20, 179-191.
- Thompson, C. A., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C., Adamson, J. (2007). Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 7, 18.

Topo, P. (2009). Technology studies to meet the needs of people with dementia and their caregivers. A literature review. *Journal of Applied Gerontology*, 28(1), 5-37.

Topo, P., Saarikalle, K., Begley, E., Cahill, S., Holte, T., & Macijauskiene, J. (2007). "I don't know about the past or the future, but today it's Friday" – Evaluation of a time aid for people with dementia. *Technology and Disability*, 19, 121-131.

Vikström, S. (2008). Supporting persons with dementia and their spouses' everyday occupations in the home environment. Doctoral thesis. Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Occupational Therapy, Karolinska Institute, Stockholm.

Wey, S. (2006). One size does not fit all: person-centered approaches to the use of assistive technology. In M. Marshall (Ed.), *Perspectives on rehabilitation and dementia* (pp. 202-208). London: Jessica Kingsley Publishers.

Wimo, A., Jonsson, L., & Winblad, B. (2006). An estimate of the worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21, 175-181.

Östlund, B. (2005). Design paradigms and misunderstood technology: The case of old users. In B. Jaeger (Ed.), *Young technologies in old hands* (pp. 25-39). Copenhagen: DJØF Publishing.

Checklista

Denna checklista innehåller aspekter som är viktiga att tänka på i arbetet med teknikstöd för personer med demens eller deras anhöriga. Den är tänkt att användas av professionella som möter dessa personer i sin verksamhet. Checklistan baseras på resultatet som presenteras i rapporten: Teknik som stöd för personer med demens och deras anhöriga (Hjälpmiddelsinstitutet, 2010). Läs gärna rapporten för mer kunskap och bättre användning av checklistan!

Aspekter att tänka på i ett inledande samtal med personen med demens och deras anhöriga kring vardagsteknik och hjälpmedel

- Samtala om hur användningen av vardagsteknik fungerar. Utgå ifrån de aktiviteter som personen med demens ägnar sig åt och fokusera på vardagsteknik som är relevant i hans eller hennes vardag (t.ex. TV, telefon, bankomat).
- Ta reda på om personen med demens och eventuell anhörig har utvecklat knep och lösningar för att kunna använda vardagsteknik eller om några anpassningar av tekniken har gjorts och i så fall varför och på vilket sätt.
- Ta reda på om det finns vardagsteknik som är särskilt viktig för hur personen med demens ser på sig själv och vill att andra ska se på honom eller henne och ta reda på hur användningen av denna teknik i så fall fungerar.
- Ta reda på om personen med demens och eventuell anhörig känner till hjälpmedel eller annan teknik som kan underlätta när man lever med en demenssjukdom.
- Tänk på att det kan finnas kolliderande behov och skillnader i syn på situationen hos anhöriga och personen med demens.
- Tänk på att det i vissa fall (hos både anhöriga och personen med demens) kan finnas en rädsla för att förenkla vardagens aktiviteter för mycket med teknik. En rädsla för att förlora den kompetens man har genom att man slutar träna den.

Minnesanteckningar: _____

**Aspekter att tänka på vid förskrivning,
rådgivning och uppföljning av teknikstöd
till personer med demens och deras anhöriga**

- Försäkra dig om att personen med demens själv upplever ett behov av teknikstödet eller är intresserad av att pröva innan det introduceras.
- Försäkra dig om att teknikstödet passar den unika situationen för personen med demens och eventuell anhörig. Faktorer som t.ex. ålder, om man bor ensam eller tillsammans med någon, om man arbetar och hur van man är vid teknik sen tidigare kan påverka utfallet av teknikstödet.
- Ta reda på vilken eller vilka av vanorna hos personen med demens och eventuell anhörig som teknikstödet kan bli en del av och hur det ska gå till.
- Försäkra dig om att teknikstödet på ett positivt sätt stödjer personen med demens och inte pekar ut honom eller henne på ett sätt som han eller hon inte önskar.
- Tänk på att det kan finnas en risk att de verkliga behoven hos personen med demens förbises under processen med att hitta praktiskt genomförbara lösningar med teknikstöd. Det är därför viktigt att behoven hos personen med demens behålls i fokus genom hela processen.

Minnesanteckningar: _____

Forts.

Aspekter att tänka på vid förskrivning, rådgivning och uppföljning av teknikstöd till personer med demens och deras anhöriga.

- Fundera över om teknikstödet kan stimulera personen med demens till aktivitet på ett sätt som överensstämmer med personens egna önskemål.
- Ta reda på om tekniken är tillräckligt enkel att använda för både personen med demens och eventuell anhörig.
- Tänk på att det är viktigt att man kan lista ut hur hjälpmedlet eller tekniken ska användas under tiden man använder det eftersom det ofta är svårt för en person med demens att komma ihåg instruktioner eller att läsa bruksanvisningar.
- Tänk på att anpassa förskrivningsprocessen så att möjlighet ges för personen med demens och eventuell anhörig att prova tekniken i sin vardag. Detta är en förutsättning för att de ska kunna upptäcka om och hur tekniken kan vara till nytta i vardagen.

Minnesanteckningar: _____

Teknik som stöd för personer med demens och deras anhöriga

Rapporten och en checklista har utvecklats ur resultatet från två forskningsstudier. Checklistan är tänkt att användas som lathund vid samtal med personer med demens och deras anhöriga. Det har visat sig vid diskussionsträffar med bland annat anhöriga att det är viktigt att fokusera på livskvalitet och inte bara på överlevnad och säkerhet. Man har genomfört en utbildning kring checklistan för professionella, personer med demens och anhöriga. Det visade sig att utbildningsinsatsen förändrade deltagarnas tankesätt, förhållningsätt och åtgärder i praktiken.

teknik för
äldre

www.teknikforaldre.se

Hjälpmiddelsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum inom området hjälpmedel och tillgänglighet för människor med funktionsnedsättning.

Hjälpmiddelsinstitutet arbetar för full delaktighet och jämlikhet genom att medverka till bra och säkra hjälpmedel, en effektiv hjälpmedelsverksamhet och ett tillgängligt samhälle.

Hjälpmiddelsinstitutets verksamhet omfattar:

- provning och stöd vid upphandling av hjälpmedel
- forskning och utveckling
- utredningsverksamhet
- utbildning och kompetensutveckling
- internationell verksamhet
- information och kommunikation

Hjälpmiddelsinstitutets huvudmän är staten och Sveriges Kommuner och Landsting.



Hjälpmiddelsinstitutet

Box 510, 162 15 Vällingby

Tfn 08-620 17 00

Fax 08-739 21 52

Texttfn 08-759 66 30

E-post registrator@hi.se

Webbplats www.hi.se

Artikelnummer

10331