

# **Hjälpmedel som stöder hemmaboende för personer med demens**

Victoria Wasström

Examensarbete

Vård

2011



EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	3383
Författare:	Victoria Wasström
Arbetets namn:	Hjälpmedel som stöder hemmaboende för personer med demens
Handledare (Arcada):	Annikki Arola
Uppdragsgivare:	Arcada
<p>Den aktuella trenden i Finland idag, är att minska antalet anstaltsplatser genom att öka möjligheterna, hemvård och hjälpmedel, för att bo hemma längre. I dag finns det över 80 000 personer som lider av demens i Finland och antalet kommer att öka inom när framtid då de stora åldersklasserna går i pension. Demens orsakar såväl sjukdomslidande som livslidande för den insjuknade. Det finns hjälpmedel som stöder dementas hemmaboende men problem finns gällande allmän kännedom, tillgänglighet och användning av hjälpmedel. Syftet med detta examensarbete är att genom en forskningsöversikt, kartlägga hjälpmedel som stöder dementas hemmaboende. Materialet har samlats in genom att utföra en litteratursökning i databaserna Academic Search Elite och CINAHL. Materialet har kvalitetsgranskats genom checklistor. Det slutliga materialet består av fem forskningsartiklar och två forskningsrapporter. Till sist har en innehållsanalys utförts och dess resultat presenteras i resultatredovisningen. Resultaten visar att dementa personer inte vet var de skall få tag på hjälpmedel om det överhuvudtaget känner till olika hjälpmedel som stöder kognitiva funktioner. Det vore viktigt att i ett så tidigt skede av sjukdomen som möjligt, ta hjälpmedlen i bruk för att den dementa skall vänja sig vid dem för att så kunna använda dem längre. Då de dementa och deras anhöriga inte känner till hjälpmedlen kan det hända att hjälpmedlen tas i bruk i ett alltför sent skede då de inte längre är till nytta för personen. Även hälsovårdspersonalens kännedom är svag och därför borde personalen skolas så att de sedan i sin tur kunde dela med sig av sin kunskap. I bästa fall ökar hjälpmedlen den dementa personens livskvalité och minskar såväl sjukdoms- som livslidandet.</p>	
Nyckelord:	Demens, hjälpmedel, hemmaboende, stöd, lidande, Bo Bra
Sidantal:	59
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	
Author:	Victoria Wasström
Title:	Hjälpmedel som stöder dementa personers hemmaboende. [Assistive tools that support demented persons to live at home longer]
Supervisor (Arcada):	Annikki Arola
Commissioned by:	Arcada
<p>Abstract:</p> <p>The ongoing trend in Finland today, is to reduce institution places by decreasing the possibilities to live at home for longer with the help of homecare and assistive tools. There are over 80 000 demented persons in Finland today and the number will increase in the near future when big age groups goes on pension. Dementia causes suffering, the disease itself creates disease suffering and loneliness that are often associated with dementia, causes life suffering. There are assistive tools that support the living at home but there are problems related to knowledge in general, where to get the assistive tools and how to use them. The aim with this final thesis is to map out assistive tools that support demented persons to live at home for longer. This has been done by a research overlook. The materials have been collected thru a literature search in Academic Search Elite and CINAHL. The materials have gone thru a quality check and the final material consists of five research articles and two research rappers. The final materials have been analyzed by doing a subject matter analyzes. Results show that demented persons do not know where to get assistive tools and they do not know what kind of assistive tools that is available. The healthcare personnel's knowledge is as poor and therefore they should be educated so that they could then spread their knowledge. As its best, the assistive technology raise the quality of life and reduces the suffering.</p>	
Keywords:	Dementia, assistive tools, living at home, support, suffering, Good living
Number of pages:	75
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE Arcada	
Koulutusohjelma:	Sairaanhoitaja
Tunnistenumero:	3383
Tekijä:	Victoria Wasström
Työn nimi:	Apuvälineet jotka tukevat dementoituneen kotona asumista.
Työn ohjaaja (Arcada):	Annikki Arola
Toimeksiantaja:	Arcada
<p>Tänä päivänä vallitseva trendi suomessa on vähentää laitospaikkoja lisäämällä kotona asumisen mahdollisuutta, kotihoito ja apuvälineet. Suomessa on tällä hetkellä yli 80 000 dementoitunutta ja määrä tulee lisääntymään lähivuosina kun suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle. Dementia aiheuttaa sekä sairaus- että elämään liittyvää kärsimystä. Kotona asumista tukevia apuvälineitä on olemassa mutta ongelmakohtat ovat yleinen tietämys, saatavuus sekä niiden käyttö. Tämän lopputyön tavoite on tutkimuskatsauksen avulla kartoittaa apuvälineitä jotka tukevat dementoituneen kotona asumista. Tutkimusaineisto on kerätty kirjallisuusetsinnän avulla. Tieteellistä kirjallisuutta on kerätty tietokannoista Academic Search Elite sekä CINAHL. Valittu aineisto on läpikäynyt laatutarkastuksen jonka jälkeen aineisto koostuu viidestä tutkimusartikkelista sekä kahdesta tutkimusraportista. Lopulliselle aineistolle on tehty sisällönanalyysi. Tulokset osoittavat että dementoituneet henkilöt eivät tiedä mistä saada apuvälineitä, miten käyttää niitä sekä minkälaisia apuvälineitä ylipäättänsä on tarjolla. Tutkimukset osoittavat että olisi ensiarvoisen tärkeää ottaa apuvälineet käyttöön niin varhaisessa sairauden vaiheessa kuin mahdollista. Tietämättömyys apuvälineisiin liittyvissä asioissa johtaa usein siihen että apuvälineet otetaan käyttöön liian myöhäisessä vaiheessa jolloin niistä ei enää ole apua. Terveysthuollon henkilökunnalla on aivan yhtä huono tietämys apuvälineasioista. Siksipä henkilökunta tulisi kouluttaa apuvälineisiin liittyvissä asioissa jotta he vuorostaan voisivat jakaa osaamistaan dementoituneille. Parhaimmillaan apuvälineet lisäävät dementoituneen henkilön elämänlaatua sekä vähentävät niin sairaus- kuin elämään liittyvää kärsimystä.</p>	
Avainsanat:	Dementia, apuvälineet, kotona asuminen, tuki, kärsimys, Elä mukavasti (Bo bra)
Sivumäärä:	59
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

# INNEHÅLL

<b>1. Introduktion</b> .....	<b>10</b>
1.1 Bo Bra projektet.....	10
1.2 Problemformulering .....	11
1.2.1 Avgränsning.....	12
1.3 Syfte och forskningsfrågor .....	12
1.4 Centrala begrepp .....	12
1.5 Relevans för arbetslivet.....	13
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>13</b>
2.1 Kvalitetsrekommendationer för äldre .....	15
2.2 Hjälpmedel för personer med demens.....	16
2.2.1 Hjälpmedel och demens i Finland.....	17
2.3 Demens och teknologi .....	18
2.4 Kvalitetsrekommendation för hjälpmedelstjänster.....	19
<b>3. Teoretisk referensram</b> .....	<b>20</b>
3.1 Konklusion av demens och lidande .....	21
<b>4. Tidigare forskning</b> .....	<b>22</b>
4.1 EEVA projektet .....	22
4.2 Hoivapalvelu ja hyvinvointi projektet.....	24
4.3 Professionellas erfarenheter om försvårandet och stöddandet av åldringars hemmaboende .....	25
<b>5. Metod</b> .....	<b>27</b>
5.1 Sökstrategi .....	28
5.2 Databearbetning .....	30
5.3 Etiska överväganden .....	32
<b>6. Resultatredovisning</b> .....	<b>33</b>
6.1 Hjälpmedel .....	36
6.1.1 Vardagliga hjälpmedel.....	36
6.1.2 Icke-tekniska hjälpmedel .....	37
6.1.3 Tekniska hjälpmedel .....	37
6.1.4 Val av hjälpmedel och uppföljning .....	39
6.1.5 Ännu om hjälpmedel överlag .....	40

6.2	Användbarhet .....	41
6.2.1	<i>Användarvänlighet</i> .....	41
6.2.2	<i>Faktorer som minskar användarvänligheten</i> .....	42
6.3	Situationer där hjälpmedel används .....	42
6.4	Att bo med någon och att bo ensam .....	43
6.5	Hjälpmedlens påverkan på lidandet.....	44
6.5.1	<i>Psykiska egenskaper</i> .....	44
6.5.2	<i>Fysiska egenskaper</i> .....	46
6.5.3	<i>Sociala egenskaper</i> .....	46
6.5.4	<i>Sammanfattning om hjälpmedel och lidande</i> .....	47
<b>7.</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>47</b>
7.1	Resultatdiskussion.....	47
7.2	Metoddiskussion .....	50
7.3	Implikationer och fortsatt forskning .....	51
<b>Källor</b>	.....	<b>53</b>
<b>Bilaga 1</b>	.....	<b>56</b>

## **Tabeller**

Tabell 1. CINAHL sökningens resultat.....	29
Tabell 2. Academic Search Elite sökningens resultat.....	30
Tabell 3. Exempel på hur materialet reduceras från ursprungliga uttryck till förenklade uttryck .....	30
Tabell 4. Det slutliga materialet.....	34



## FÖRORD

Detta arbete är produkten av ett intresse som väcktes under breddstudiekursen Rehabilitation under hösten 2010. Under kursens gång gjorde jag ett projektarbete om hjälpmedel som stöder de dementas hemmaboende. Ämnet intresserade mig i sådan grad att jag beslöt mig för att utvidga min kunskap genom att göra mitt examensarbete om samma ämne.

Jag vill tacka min handledare Annikki Arola som tålmodigt besvarat mina mejl angående examensarbetet och för de otaliga, värdefulla tips hon gett mig som hjälpt mig vidare i processen. Jag vill även tacka Arcada för att de upprätthåller intressanta projekt inom vilka studeranden kan göra sina examensarbeten om intressanta och aktuella ämnen.

Slutligen vill jag tacka mina vänner, min mamma och speciellt min man som stöttat mig under arbetsprocessen och som ingett mig hopp under stunder av hopplöshet och mistro.

Jag hoppas att läsare får en touch av den iver och det intresse som drivit mig att göra detta arbete och att arbetet väcker tankar och frågor som bär frukt i framtiden.

Helsingfors i april 2011

Victoria Wasström

## 1. INTRODUKTION

Jag gick under höstterminen 2010 breddstudiekursen Rehabilitation där jag gjorde ett projektarbete om hjälpmedel som stöder hemmaboende personer med demens. Ämnet var mycket intressant och eftersom det var frågan om ett projektarbete, kunde det inte bli så omfattande som jag hade velat. Därför valde jag att fortsätta med samma ämne då jag gör mitt examensarbete. Dels för att jag redan färdigt hade en del material och dels för att jag ville utvidga min kunskap om ämnet.

### 1.1 Bo Bra projektet

Detta examensarbete är en del av Arcadas Bo bra projekt. Syftet med projektet är att utveckla kunskap om boende och hälsosam stads och livskvalité i närmiljön. Projektet ämnar sig att utveckla ett boende som passar alla, nya innovativa lösningar samt utveckling av teknologi och service som tjänar de framtida användarna. I framtiden är det viktigt att boendet utgår från användarens behov och att boendet är både estetiskt och tillgängligt för alla. Dessutom är det viktigt att den ökande äldre befolkningen får bo kvar i sin bekanta hemmiljö.

Tyngdpunkten är att boendet ska vara användarcentrerat och därför lämpa sig för olika grupper, allt från familjer och ensamstående till äldre och personer/grupper med specialbehov. Då boendet utvecklas samarbetar man med användarna eftersom man utgår från att de är experter på sitt eget boende och sina behov. Därmed får man konkreta svar på vilka behoven i hemmet och närmiljön är samt hurudant servicebehov det finns.

Eftersom det i Arcada finns möjlighet till multiprofessionellt samarbete inom de olika avdelningarna kan man forska och utveckla boendet både genom användar- och företagarperspektiv. Genom att undersöka användarnas behov, kan man utveckla olika användarprofiler som senare kan användas vid planering av boende och service.

Till projektets uppgifter hör bland annat att stöda det hälsofrämjande arbetet genom att utveckla boende och service för äldre. Projektet skall även utveckla lösningar i boendet som tjänar personer med specialbehov. Utveckling av IT – teknik i hemmet och energiteknologi som ger både energieffektiva värmesystem och nya bränslesystem är en del av

projektet. Ytterligare kommer projektet att utveckla digitala lösningar som stöder personer med specialbehov till delaktighet. Dessa digitala lösningar kan vara bland annat service och kommunikation. Slutligen kommer projektet också att utveckla ett servicekoncept för grupper med specialbehov. Projektet startade år 2009 och kommer att pågå till 2013.

## 1.2 Problemformulering

Den förväntade livslängdens förlängning och födslarnas minskade antal leder till att antalet seniorer växer ideligen. Kvalitetsrekommendationer gällande äldre har som mål att 91-92% av de 75 år fyllda invånarna skulle vara hemmaboende. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja Suomen kuntaliitto 2008 s. 45) År 2007 fanns det 406 792 personer som var 75 år fyllda. År 2020 beräknas det finnas 555 558 personer som är 75 år fyllda. Detta är en tillväxt på 37 %. År 2008 fanns det ca 80 000 personer med svår demens i vårt land och år 2030 estimeras det finnas ca 128 000 personer med demens. (Laatikainen 2009 s. 3) I och med att den åldrande populationen växer och blir allt äldre, ökar även mängden personer som insjuknar i någon form av demens. Den absolut största orsaken till funktionsnedsättning som i sin tur leder till anstaltsvård är någon form av demens. Det är viktigt att det så snabbt som möjligt påbörjas arbete för att öka seniorernas hemmaboende eftersom det är omöjligt att i samma takt få fram nya anstaltsplatser. Därför är det också viktigt att utveckla tillgängliga hjälpmedel som stöder hemmaboende personer med demens. Då en person som lider av demens, redan i ett tidigt skede börjar använda olika slags hjälpmedel kan tiden som personen kan bo hemma förlängas, vilket kan leda till minskat behov av anstaltsvård.

Förlängning av hemmaboende är även en kostnadsfråga. De tillgängliga hjälpmedlen är dyra och det är ofta användaren själv som får stå för kostnaderna. Skulle hjälpmedlen till exempel tillverkas i större mängder, kunde kostnaderna sänkas. Då samhället vill att allt fler skall bo hemma trots minnessjukdom borde det vara en rättighet att få specifika hjälpmedel som stöder boendet.

### **1.2.1 Avgränsning**

Det finns många olika sjukdomar som leder till demens och dessa sjukdomar beror på flera olika orsaker vilket gör området mycket brett. Därför har jag valt att begränsa problemområdet då jag skriver om demens syftar jag på de mest allmänna, primära sjukdomar som leder till demens, det vill säga demens är inte ett symptom på en annan sjukdom. Det har inte forskats så mycket inom området hjälpmedel som stöder hemmaboende personer med demens tidigare, därför tar jag med såväl personer som bor ensamma som personer som sköts om av någon anhörig. Det finns en mängd olika hjälpmedel, från rollator till elektronisk kalender, därför bör begreppet begränsas. Jag kommer att koncentrera mig på hjälpmedel som är specifikt utvecklade för personer med demens. Detta betyder att många av dem är designade till stöd för minnet.

### **1.3 Syfte och forskningsfrågor**

Syftet med detta arbete är att göra en kartläggning över tillgängliga hjälpmedel som stöder hemmaboende personer med demens. Genom detta arbete kommer jag att försöka besvara fem forskningsfrågor gällande personer med demens och hjälpmedel som stöder deras hemmaboende. Frågorna är;

- Hurudana hjälpmedel finns det som är designade för personer med demens?
- Egenskaper som ökar eller minskar användarvänlighet?
- I vilka hemsituationer används eller har hjälpmedlen använts?
- Är det möjligt att använda hjälpmedlen även om man bor ensam?
- Hur inverkar hjälpmedlen på lidandet om de gör det?

### **1.4 Centrala begrepp**

Centrala begrepp jag kommer att använda i detta arbete är bland annat demens, hjälpmedel, ADL och funktionsförmåga. Då jag skriver om personer med demens syftar jag på personer som lider av någon form av demens vilken så småningom orsakar nedsatt funktionsförmåga. Hjälpmedel är ett samlingsord för olika slags hjälpmedel, såväl elektroniska som icke-elektroniska. Hjälpmedlen är speciellt utvecklade för personer med demens, de är alltså inte frågan om grundhjälpmedel så som rollatorer och portativ.

ADL betyder Activities of Daily Living, aktiviteter som har med det dagliga livet att göra. Med ADL-skalan evaluerar man en persons förmåga att klara av det dagliga livets uppgifter så som att sova, ta hand om personlig hygien, klä på sig, äta, dricka, röra på sig, toalettbesök och urin och avförings kontinensförmågan. (Eloranta & Punkanen 2008 s. 21)

Funktionsförmågan är personens färdigheter att klara av det dagliga livets aktiviteter hemma, på arbetet och fritiden. Till den fysiska funktionsförmågan räknas allmän uthållighet, muskelstyrka (styrka, uthållighet och vighet) och förmåga att kunna kontrollera sina rörelser (koordination, reaktionsförmåga och balans). Till den psykiska funktionsförmågan räknas kognitiva funktioner, psykisk potential och uthållighet. Den sociala funktionsförmågan innefattar psykiska och ibland även fysiska egenskaper som krävs för att kunna umgås med andra människor. (se Järvikoski & Härkäpää 2008 s. 94-95)

## **1.5 Relevans för arbetslivet**

Demens leder till nedsatt funktionsförmåga och till en följd av detta kommer personen att i något skede behöva extra hjälp hemma. Här kommer hemvården med i bilden. Ett problem gällande hjälpmedel är att vårdpersonalen, hemvården i detta fall, inte är bekant med de olika hjälpmedel som är tillgängliga och därför inte kan hjälpa personen med demens att använda dessa. Skulle personalen känna till olika hjälpmedel, veta var man kan få tag på dem samt hur de används, skulle personen med demens kunna använda fler hjälpmedel samtidigt som han/hon även skulle kunna använda dem under en längre tid, vilket skulle flytta behovet av anstaltsvård längre fram i framtiden. Då vårdpersonalen inte är bekant med hjälpmedlen är det svårt för personen med demens och dennes anhöriga att få reda på vilka hjälpmedel som finns och hur man kan få tag på dem. Också ensamheten är ett problem. Vem skall se till att en ensamstående person med demens använder sig av hjälpmedlen i fall denne har tillgång till sådana?

## **2. BAKGRUND**

Att bo hemma regleras av åldringarnas funktionsförmåga vars bevarande i sin tur är bundet till olika faktorer. Funktionsförmåga anses ofta gälla enbart fysiska aspekter men den består även av psykiska och sociala faktorer. Problem med att klara sig hemma är

ofta relaterat till en nedsänkning av funktionsförmågan. Förminskning av kognition, depression, sjukdomar, över- eller undervikt, få sociala kontakter, liten eller ringa fysisk aktivitet, problem med att förflytta sig från en plats till en annan, rökning och synproblem är faktorer som bidrar till en sänkt funktionsförmåga. Att bo hemma har även en mänsklig aspekt, seniorernas funktionsförmåga bevaras bättre i hemmiljön som är bekant och där de kan känna sig trygga, de är emotionellt bundna till sitt hem. Därför kan det vara svårt för dem att klara sig på en anstalt som är en ny och främmande miljö. Seniorerna själv önskar också ofta att de får stanna hemma så länge som möjligt. Att bo hemma ökar livskvaliteten, det är även det billigaste alternativet. Genom att stödja utvecklingen av teknologi samt hemvården, är det möjligt för en person med minnessjukdom att bo hemma längre, ha ett så normalt liv som möjligt under en längre tid, bättre klara av det dagliga livet och inge en känsla av att livet fortsätter trots sjukdom. Det är viktigt att försöka få till allmän kännedom de möjligheter som finns för att en person kan bo kvar hemma, i stället för att tvingas flytta dels på grund av den mänskliga aspekten men även ekonomiska eftersom en stor del av hälsovårdskostnaderna beror på sjukhusvistelsen då dementa personer skickas till långvård. (Vuori & Heimonen 2007)

Graden av demens kan variera från mild till svår. Funktionsförmågan försämras ju längre sjukdomen framskrider. Vanligen orsakas demens av följande sjukdomar; Alzheimers, vaskulär demens, frontallobs demens och Lewy body demens (Mäki 2000 s. 7-11). Det är viktigt att i ett så tidigt skede som möjligt diagnostisera sjukdomen, att stödja god vård samt uppehålla god livskvalité så att det är så säkert som möjligt för personen med demens att bo hemma. I och med att sjukdomen framskrider kommer personen att i allt högre grad behöva allt fler typer av service. Att vårda en person med minnessjukdom hemma är en vid och mycket krävande helhet för hemvården. Det krävs en bred och god kännedom samt kunnande att möta och verkligen lyssna till klienten (Vuori & Heimonen 2007 s. 25-26). Personen känner sig inte nödvändigtvis sjuk på något sätt och förstår inte varför hon/han skulle behöva hjälp av utomstående. Man bör alltid ta i beaktande att varje person är en individ, att allas livssituationer är unika samt att varje familj sköter saker på sitt sätt. Den etiska aspekten, att respektera alla personer som individer och deras självbestämmande rätt får aldrig glömmas. (Erkinjuntti et al. 2006)

Den framskridande sjukdomen påverkar livet på många olika sätt. Personens förmåga att klara av det dagliga livet försvåras. Personen har även problem med minnet, med att förstå och producera prat, med varseblivning, med att tänka samt med att fungera ändamålsenligt. Det är individuellt hur symtomen framträder samt hur fort sjukdomen fortskrider. Det är viktigt att minnas att en framskridande minnessjukdom är en sjukdom som vilken annan som helst, det är inget att genera sig för och man behöver inte gömma sin sjukdom. Öppenhet underlättar levandet med sjukdomen och därför är det viktigt att även anhöriga får information om sjukdomen. (Erkinjuntti et al. 2006)

I framtiden kommer det att vara än mer vanligt att bo hemma trots minnessjukdom än det är i dag. Det finns planer på att bygga hus som är specifikt designade för personer med demens. Målet med att bygga dessa hus är att livet skall vara så bra som möjligt trots sjukdom samt att de anhöriga inte skall behöva ge upp livskvaliteten trots att de är närståendevårdare. I husen kommer det att finnas dagsverksamhet av olika slag där utbildad personal tar hand om personer med demens under dagen. Till och med själva byggnaden bidrar till att förbättra livskvaliteten, genom datorsystem är det möjligt att guida personen till rätt plats i fall denne tappar bort sig. Hus som ovannämnda är ännu inte tillgängliga i alla kommuner men det skall inte behöva hindra människor från att tänka på morgondagen. Personen med demens borde börja använda teknologi och hjälpmedel som hjälper att klara av ADL-aktiviteter i ett så tidigt skede som möjligt för att de skall ge bästa möjliga hjälp. Detta därför att ju tidigare hjälpmedlen börjar användas, desto mer vänjer sig personen vid att använda dem och trots framskridande sjukdom kan denne under en längre tid få hjälp av dem. (Roskala 2010 s. 22-23)

## **2.1 Kvalitetsrekommendationer för äldre**

Då åldersstrukturen förändras måste samhället anpassa sig efter de allt äldres behov. Kvalitetsrekommendationerna stöder kommunerna att utveckla sin service för äldre. För att beakta den närmande förändringen inom åldersstrukturen guidas kommunerna till att utarbeta en åldringpolitisk strategi vars genomförande förankras i kommunens budgetberäkning och –plan. Strategins genomförande uppföljs regelbundet. Målet med kvalitetsrekommendationerna är att befrämja seniorernas hälsa och förbättra servicens beskaffenhet. Enligt 25 § i den finska grundlagen, bör den allmänna makten garantera att

såväl grund- som de mänskliga rättigheterna förverkligas. De rättigheter som mest påverkar innehållet i kvalitetsrekommendationen är rätten till jämlikhet (6 §) och social trygghet (19 §) så som nödvändig omsorg och tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster (Social- och hälsovårdsministeriet 2008 s. 12). En människovärdig ålderdom förutsätter medvetna dignitetsval som konkretiseras i strategier och finansieringsplaner som servicens målsättningar gällande kvalité och kvantitet. Allting grundar sig i respekten av människovärdet. Alla bör ha rätt till en värdefull ålderdom och ett respektfullt bemötande oberoende av bo- eller vårdplats samt behovet av service och vård. Centrala etiska principer som stöder ett människovärdigt åldrande är; självbestämmanderätt, utgång från var och ens potential, rättighet, deltagande, individualitet och säkerhet. (Sosi- ja terveysministeriö 2008)

Sjukdomar som orsakar demens är bland de viktigaste faktorerna som ökar seniorernas behov av service. Att ordna vård och tjänster för personer med demens är en central helhet då tjänster för äldre planeras och beräknas. Med tillräckliga social- och hälsovårdstjänster kan man stöda hemmaboende för personer med demens och i och med det flytta tidpunkten för institutionalisering till ett senare skede. Det är speciellt viktigt att försäkra flexibla tjänster som är adapterade enligt de behov som personen med demens har, längs med hela vård- och tjänstkontinuiteten. Det försäkras att personen med demens samt dennes anhöriga har möjlighet till information och stöd, evaluering av eventuella servicebehov samt möjlighet att få service då det behövs under alla skeden av sjukdomsprocessen. Servicesystemet bör utvecklas så att huvudvikten ligger på tjänster som möjliggör och stöder hemmaboende. (Sosi- ja terveysministeriö 2008)

## **2.2 Hjälpmedel för personer med demens**

Minnesproblem orsakar känsla av osäkerhet och rädsla då det egna minnet inte längre går att lita på. Glömskan kan leda till farliga till och med livshotande situationer. I dag finns dock många olika hjälpmedel med vars hjälp man klarar av att bo hemma trots minnessjukdom. (Roskala 2010 s. 21) Teknologin för personer med demens har tre huvudmål; att öka både personens och omgivningens säkerhet, att övervaka och uppehålla hälsa samt att påverka livskvalitén. Fokusering på säkerhet är ofta inte så viktigt för per-



sonen med demens själv utan snarare är det frågan om att få omgivningen att känna sig säkra. (Marshall 1999)

Det finns olika lösningar för hur man får toalett- och duschutrymmen säkrare och lättare att röra sig i. Handtag kan placeras på många olika ställen och det finns golvmaterial som inte blir hala trots att de blir våta. Om det är svårt att sätta sig på toalettstolen eftersom den är så låg, kan olika slags höjande sitsar användas. I duschen kan man också ha olika slags duschstolar i fall man inte orkar stå upp då man duschar. (Salminen 2003)

Man bör minnas att hjälpmedel inte är den slutliga lösningen. Säkerhetskänsla kan ökas först och främst genom sociala kontakter, såväl nära och kära, som de som man binder under den framskridande sjukdomen. Därför är det viktigt att man kommer på olika lösningar för att möjliggöra dessa kontakter. Ingen vill knappast leva omringad av olika hjälpmedel men inte ha någon att prata med. Ett liv utan sociala kontakter skapar lidande och lidande är något som bör undvikas med alla medel.

### **2.2.1 Hjälpmedel och demens i Finland**

I Finland är vi än idag mycket dåliga på att använda hjälpmedel. Hjälpmedelssystemet är så spritt att en person som skulle behöva någon typ av hjälpmedel inte vet vart hon/han skall vända sig, vem som står för kostnaderna och hurudana hjälpmedel som överhuvudtaget är tillgängliga. Som redan tidigare nämnts, används hjälpmedel för att stödja eller ersätta den saknade funktionsförmågan och de ökar såväl säkerheten som möjligheterna att bo hemma längre. Varannan 65 år fyllda finländare använder något slags hjälpmedel. (Salminen 2008)

I den finska lagstiftningen finns det inskrivet att de som behöver något slags hjälpmedel skall ha möjlighet till det utan att behöva betala för det. År 2005 användes över 75 miljoner euro till att skaffa nya hjälpmedel. Främst skaffades grundhjälpmedel så som rullstolar och rollatorer. Trots 75 miljoner euro, finns det ändå inte tillräckligt med hjälpmedel åt alla behövande. Det finns även vissa begränsningar gällande hurudana hjälpmedel man kan få. Internationella jämförelser har visat att hjälpmedel är dyra i Finland trots att den allmänna pristävlingen har sänkt hjälpmedlens priser en aning. Ett företag innehar en fjärdedel av den offentliga hjälpmedelmarknaden. Privata företag växer hela

tiden då människor inte kan få eller vill ha hjälpmedel via den offentliga sektorn. (Salminen 2008)

## **2.3 Demens och teknologi**

Vetskapen om demens har ökat under de senaste åren och samtidigt har bilden av demens förändrats såväl i media som i människors sätt att tänka. Mer pratar man inte om senilitet. Tack vare fortskridande forskning vet vi nu mer om demensens biologi och framskridningssätt. Vi kan ännu inte bota demens men vi vet hur vi kan få sjukdomen att framskrida långsammare. Vi kan även bättre och bättre ta hand om och stöda såväl personen med demens som dennes anhöriga. Målsättningen är att ge både personen med demens och dennes anhöriga ett gott och innehållsrikt liv. Genom teknologi kan vi eventuellt lättare nå denna målsättning. (Mäki 2000 s. 79)

Tillsvidare hjälper de teknologiska lösningar som är ute på marknaden först och främst vårdaren och i andra hand personen med demens. Dessa lösningar kan dock ha en stor inverkan på personen med demens och i framtiden kommer det att vara möjligt att direkt påverka livskvaliteten och funktionsförmågan. Allt sjukare människor vårdas hemma vilket leder till att olika lösningar krävs så att professionella och närstående vårdare kan vara i kontakt med varandra. Då seniorerna vänjer sig vid teknologin tar de den bättre i bruk. (Mäki 2000 s. 79-80)

Det är inte problemfritt att tillämpa teknologin i demensvården. En del lösningar kan minska behovet av arbetskraft och kostnader men det är inte en självklarhet. Det kan leda till att en lösning som förbättrar personen med demens och dennes anhörigas välbefinnande och trygghet medför nya arbetsuppgifter för vårdarna i stället för att minska dem. Ett vårdsystem som fungerar och besvarar flexibelt den insjuknades behov inger den största nyttan inom hemvården. Med andra ord minskar teknologin inte behovet av att utveckla åldringsvården utan frambringar nya slags utmaningar. En annan människa, människors gemenskap och sociala kontakter är viktiga för den insjuknades välbefinnande, teknologin ersätter inte dessa. (Mäki 2000 s. 80)

Det kan ta en lång tid att hitta en teknologisk lösning som bäst hjälper till med något vardagligt problem. Den insjuknade kanske inte känner igen problemet överhuvudtaget och den anhöriga vet inte hur hon/han skall uttrycka problemet och behovet av teknolo-

gin. Apparaten som en ingenjör arbetar med i sitt laboratorium uppfyller inte nödvändigtvis sina uppgifter i det alldagliga livet och den kan vara svår att använda för en människa som inte är van vid teknologi. De teknologiska lösningarna kan förutom den goda verkan även ha oavsiktliga inverknings. För att undvika dessa problem behövs långsiktigt arbete mellan olika vetenskapsområden och yrkesgrupper. En kontinuerlig dialog mellan den insjuknade, dennes anhöriga, närståendevårdare, vårdare, ingenjörer, finansärer, formgivare, arkitekter, producerare och försäljare, behövs. (Mäki 2000 s. 29-36)

Då man tillämpar teknologi inom demensvården möts den insjuknades och dennes anhörigas frågor gällande livets grundbehov och flera människors professionella och finansiella intressen. Samtidigt är den insjuknades förmåga att uttrycka sina önskningar och möjlighet att påverka avsevärt lägre än de övrigas. Även om alla skulle vilja göra sitt bästa kan det vara svårt att hitta den bästa möjliga lösningen. Trots problemen kan teknologins utveckling förbättra den insjuknades livskvalitet. Att känna igen de etiska frågorna, att föra en gemensam dialog över dem och att etablera etiskt hållbara tillvägagångssätt då man tillämpar teknologiska lösningar är till fördel för alla. I och med det försäkras man sig om att teknologiska lösningar inte uppträder som ett hot utan som löften för den insjuknade och dennes anhöriga. (Mäki 2000 s. 79)

## **2.4 Kvalitetsrekommendation för hjälpmedelstjänster**

Syftet med den riksomfattande kvalitetsrekommendationen för hjälpmedelstjänster är att styra och utveckla hjälpmedelstjänsterna så att de fungerar klientorienterat och på lika grunder. Tjänster som genomförs både effektivt och professionellt säkerställer att en kommuninvånare får ett hjälpmedel till sitt förfogande i enlighet med det konstaterade behovet, oberoende av hemkommun. Att ordna hjälpmedelstjänster och ta ansvar för verksamhetens utbredning och täckning hör till kommunerna och sjukvårdsdistrikten. Tjänsterna borde ordnas på de olika nivåerna inom social- och hälsovårdstjänsterna så att grundhjälpmedel fås från hälsocentralen och socialverket. Ansvaret för att skaffa specifika hjälpmedel som är dyra, hör till specialistsjukvården. Att tydliggöra produktion av tjänster och fördelningen av ansvar är en krävande uppgift för förutom social- och hälsovården står även Folkpensionsanstalten, försäkrings- och arbetspensionsföretag

samt Statskontoret för hjälpmedelskostnaderna. Även rehabiliteringscenter producerar hjälpmedelstjänster. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003)

Det är en viktig uppgift för kommunerna att ordna hjälpmedelstjänsterna effektivt. Då kommunerna och sjukvårdsdistrikten kommer överens om samarbete, förfaringssätt och ansvarsfördelning kan hjälpmedelstjänsternas kvalitet förhöjas och kostnader sänkas. En välplanerad och –ledd hjälpmedelsprocess producerar effektiva tjänster. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003)

Då behovet av hjälpmedel är konstaterat bör personen få tjänsterna förknippade med hjälpmedlet smidigt och snabbt. Personen behöver inte själv reda ut vem som står för vad utan hon/han bör betjänas på ett och samma ställe så att samarbete och informationsöverföringen fungerar mellan olika organisationer. Det är viktigt att inte endast få själva hjälpmedlet snabbt och smidigt, även service och reparation bör tas om hand lika effektivt. Personen bör få information gällande val av hjälpmedel och kan även delta i själva valet. Personen bör även få tillräckligt med tid på sig för att pröva hjälpmedlet i den miljö som den kommer att användas i. På kommunnivå är det viktigt att invånarna får tillräckligt med information om hjälpmedelstjänsterna, hur tjänsterna är tillgängliga, varifrån man får dessa tjänster samt hur man söker sig till tjänsterna. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003)

### **3. TEORETISK REFERENSRAM**

Teorigrunden för detta arbete är Katie Erikssons ” Den lidande människan” (1994) . Det finns tre olika nivåer av lidande i livet; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande.

Sjukdomslidande är det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling. Smärta är ofta en vanlig orsak till lidande i samband med sjukdom. Kroppslig smärta kan vara outhärdligt och driva människan till en själslig och andlig död. Den kroppsliga smärtan bör lindras med alla medel som är möjliga. Smärtan är dock sällan enbart kroppslig utan den erfars av människan som helhet. Då människan upplever starkt kroppsligt lidande koncentreras en stor del av hennes uppmärksamhet till detta. Något

mindre omskrivet är det själsliga och andliga lidande som sjukdom och behandling kan åstadkomma. Detta lidande förorsakas av upplevelser av förnedring, skam och/eller skuld som människan upplever i relation till sin sjukdom och behandling. (Eriksson 1994)

Vårdlidande är inte så känt i vårdlitteraturen från tidigare, detta möjligtvis på grund av att det är ett typiskt fenomen inom 1990-talets vård. Det finns många olika former av vårdlidande och varenda en som utsätts för ett lidande förorsakat av vård eller utebliven vård, upplever lidandet individuellt. Vårdlidandet kan dock sammanfattas i kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. (Eriksson 1994)

Livslidandet är den tredje formen av lidande. Sjukdom, ohälsa och situationen att vara patient berör hela människans livssituation. Det självklara rubbas och tas mer eller mindre ifrån en. Lidandet innefattar hela livssituationen. Livslidandet innebär allt från hot mot ens totala existens till förlust av möjligheten att fullgöra olika sociala uppdrag. Livslidande är det lidande som relaterar sig till allt det innebär att vara människa bland andra människor, att leva och inte leva och förståelse för den absoluta enskildheten och därmed ensamheten. (Eriksson 1994)

### **3.1 Konklusion av demens och lidande**

Då en person insjuknar i demens, står personen inför en ny livssituation. Personen blir nu patient som har en vårdrelation med läkare och sjuksköterskor. Demens är inte en sjukdom som kräver väldigt täta läkarbesök men minst en gång om året bör medicineringen evalueras och test göras för att se hur demensen fortskrider. Att ha en sjukdom medför lidande för personen. Att inte ha full hälsa, att för resten av livet måsta äta medicin och att ha kännedom om att man har en sjukdom som kontinuerligt framskrider orsakar såväl sjukdoms- som livslidande. Demens kan för all del även orsaka vårdlidande om man till exempel är tvungen att ta blodprov eller dylikt men i första hand är det sjukdoms- och livslidande som förknippas med demens. Att lida av demens kan redan i sig orsaka känslor av skam, förnedring och skuld men då personen även använder sig av hjälpmedel är det mer sannolikt att ovannämnda känslor uppstår. Sjukdomen kan få personen att känna sig som en sämre människa eller kanske svag för att sjukdomen drabba-

de. Personen skäms kanske ännu mer över sin sjukdom då hon/han är tvungen att använda olika slags hjälpmedel för att minnas vilken dag det är eller för att hitta sina saker. Demensen orsakar även livslidande då möjligheterna till att uppehålla sociala kontakter minskar i takt med att sjukdomen framskrider. I och med att sjukdomen framskrider, sjunker funktionsförmågan vilket i sig leder till att personen i allt mindre grad kan leva sitt liv som hon/han själv vill och föredrar.

## **4. TIDIGARE FORSKNING**

Än så länge har det forskats rätt lite i ämnet hjälpmedel som stöder hemmaboende för personer med demens. Betydligt mer har det forskats om hur hjälpmedel stöder personer med demens som bor på åldringshem eller dylika. Jag kommer till näst att presentera två olika projekt samt en forskning som är utförda i Finland under 2000-talet.

### **4.1 EEVA projektet**

Projektet pågick mellan åren 2004-2006. Projektet förverkligades med hjälp av minnesorganisationer så som Etelä-Pohjanmaan Muistihäiriö- ja dementiayhdistys, teknologiföretag så som LifeIT Oyj och sex pilotkommuner, Ilmajoki, Seinäjoki, Alajärvi, Alavus, Lapua och Jurva. Författarna är åtta professionella från minnesorganisationer, sjukhus, teknologiföretag och universitet som utförde arbetet för Etelä-Pohjanmaan Telelääketieteiden Palvelukeskus. (Hedberg et al. 2006)

Kommunerna i södra Österbotten hade tidigare deltagit i ett e-Koti projekt och erfarenheterna från detta projekt visade att det lönar sig att använda sig av teknologi för att klara sig hemma men att det än finns vissa problem relaterade till teknologin. Det kom även fram att det inte enbart räcker med att föra hem teknologin, ett mer omfattande nätverk behövdes. (Hedberg et al. 2006)

Kriterierna för att kunna delta i projektet var att man antingen led av Alzheimers sjukdom eller vaskulär demens. Åldersfördelningen var mellan 54-90 år men de flesta var mellan 70-80 år. Deltagarna skulle vara patienter i södra Österbottens sjukvårdsdistrikt och deltagarna valdes med hjälp av Seinäjoki centralsjukhus neurologiska poliklinik. (Hedberg et al. 2006)

EEVA projektets syfte var att bygga upp ett individuellt socialnätverk för personer med demens och deras närstående vårdare som bor på landsbygden, att bygga upp det sociala nätverket bestående av familjemedlemmar, vänner, grannar, hemvård, frivilliga, diakoniarbetare med mera, att tillämpa säkerhets- och kommunikationsteknologi som en del av nätverket, att bilda en kalender till hjälp för hela nätverket och att undervisa olika fasetter i deltagandet av nätverket. (Hedberg et al. 2006)

Under ett och ett halvt år byggdes ett heltäckande och individuellt socialt nätverk för 30 personer med demens. Man kunde konstatera att all hälsoteknologi passade personerna med demens under det milda stadiet. Då sjukdomen framskrider är det till exempel onödigt att hålla ett säkerhetsarmband då den insjuknade inte vet vad man kan göra med det och hur det skall användas. Att kalla på hjälp försvåras då personens egen aktivitet sänks. Då förflyttar man sig till dels eller helt passiv teknologi. Passiv teknologi syftar på hjälpmedel som fungerar utan personens samverkan. Personen behöver inte själv bry sig om hjälpmedlet utan denna slags teknologi fungerar i bakgrunden och aktiveras enbart då den dementa överskrider någon inställd gräns. (Hedberg et al. 2006)

Den insjuknades hemmaboende skall ses som en helhet. I helheten ingår socialt, psykiskt och fysiskt välbefinnande samt säkerhet. Skulle man enbart koncentrera sig på den fysiska säkerheten skulle det viktigaste, nämligen ensamheten och behovet av sociala kontakter glömmas helt. Alla människor vill vara självständiga och klara sig hemma så länge som möjligt. Sjukdomar som orsakar demens är dock faktorer som hotar självständigheten. För dementa underlättar och förlänger teknologin hemmaboende så länge det är den rätta lösningen ur mänskligt perspektiv. (Hedberg et al. 2006)

I projektet prövades olika teknologiska lösningar för personer med demens. Bland annat prövade man säkerhetstelefon med säkerhetsklocka, sängskydd och golvskydd med en telefon som vidareför signaler och dörrskydd. Man kom fram till att säkerhetstelefonen tillsammans med säkerhetsklockan är ett bra hjälpmedel då personen med demens förstår hur dessa skall användas och vad de är till för. Detta hjälpmedel passar inte personer med medel- eller svår demens. Säng- och golvskyddet är en bra lösning då man vill veta om personen med demens är för länge borta från sängen nattetid eller om hon/han har lämnat huset. Problem uppstår dock om hjälpmedlens ljus och sladdar skrämmer personen med demens. Dörrskyddet är en lämplig lösning om man vill veta i fall perso-

nen med demens öppnar dörren under opassande tider så som mitt i natten. Slutligen kom man fram till att säkerhetsnätverket var så pass effektivt att det förflyttade behovet av anstaltsvård med flera månader. (Hedberg et al. 2006)

## 4.2 Hoivapalvelu ja hyvinvointi projektet

I Hoivapalvelu- ja hyvinvointiteknologia projektet som utfördes vid InnoForss kunskapscenter vid Hämeen ammattikorkeakoulu ville man reda ut hur väl privatföretagande vårdare och deras klienter känner till olika hjälpmedel. Projektet pågick under år 2003. Syftet med projektet var att hitta de mest centrala sätten att utveckla välbefinnandeteknologin och företagsamheten inom vårdbranschen i Centrala Tavastland. Projektet avgränsades att gälla enbart produkter, metoder och tjänster som gynnar seniorers välbefinnande och självständighet. Företagsamhet definierades som företag som erbjuder hälso- och välbefinnandetjänster för att stöda den allmänna sektorn eller som ett alternativ för den. Projektet fortskred i tre skeden. I det första skedet utreddes välbefinnandeteknologins och företagsamhetens situation i dagens Finland. I det andra skedet intervjuades företagare inom vårdbranschen, representanter för den allmänna sektorn och klienter. Dessutom skickades förfrågningar åt jordbrukare i området i fall dessa skulle vilja börja ägna sig åt hemarbetstjänster. I det tredje skedet bildades riktlinjer för utveckling och uppföljningsmätare. (Salminen 2004)

Förutom att teknologi som underlättar vardagen är främmande för vårdarna, kan de inte heller bedöma hurdana hjälpmedel som bäst skulle lämpa sig deras klienter. De saknar dels också kunskap i undervisning av hjälpmedlens bruk. Klienterna vet ännu mindre än vårdarna. Företagarna kände att deras kunskaper inte utnyttjades i planeringen av teknologiprodukter och – tjänster. Teknologiföretagen upplevde att de inte har tillräckligt kunskap om personalens och klienternas behov. De ville dock utveckla produkternas marknadsföring, undervisning i användningen samt öka användningen vid vårdanstalter. Förbättringar gällande reparation av hjälpmedlen saknades också. (Salminen 2004)

Under projektets gång framsteg tre olika sätt för hur man skulle kunna utveckla välbefinnandeteknologin och företagsamhet inom vårdbranschen. För det första, borde man utveckla tekniska produkter och tjänster som grundar sig på seniorers behov och som



gynnar välbefinnandet. För det andra, borde företagsamhetsträning ökas genom till exempel företagarskolning. För det tredje, borde man grunda en undersöknings- och produktutvecklings enhet som skulle befrämja individuella produkter, tjänster och metoder som stöder självständigheten och ADL funktionerna. (Salminen 2004)

Personerna som intervjuades från den allmänna sektorn var alla av den åsikten att en enhet likt den ovannämnda borde grundas. Enheten skulle vara ett expertiscenter som skulle producera information och där klienter, vårdare, experter, forskare och företag kunde mötas. Enheten kunde stöda företag i produkternas utvecklings- och testarbete och enheten skulle även kunna utbilda såväl klienter som vårdare i användningen av teknologiprodukter. Såväl teknik- som vårdstuderande kunde studera vid enheten. (Salminen 2004)

### **4.3 Professionellas erfarenheter om försvårandet och stödn-** **det av åldringars hemmaboende**

Då antalet seniorer kraftigt kommer att öka redan inom närframtiden, är det viktigt att funktionärer från olika branscher börjar utveckla nya och innovativa tjänstlösningar. Denna undersökning gjordes för att man ville få information om svårigheter som seniorerna har gällande hemmaboende och deras behov av stöd. Vill man till exempel erbjuda rehabiliteringstjänster åt seniorer i framtiden, är det bra att göra en kartläggning över behovet av dessa tjänster. (Laatikainen 2009)

Undersökningen genomfördes som en gruppintervju i 16 kommuner. De intervjuade tillhörde så kallade SAS-grupper. En SAS-grupp (selvitä, arvioi, sijoita på svenska; ta reda på, evaluera och placera) består av ett mångprofessionellt team av både hem- och anstaltsvårdsexperter. Gruppens uppgift är att ta reda på och evaluera seniorens funktionsförmåga, då hemmaboende har försvårats och sedan göra ett beslut om behovet av boende- eller anstaltsplats. Undersökningen genomfördes år 2009. (Laatikainen 2009 s. 3-4, 16-17)

Faktorer som försvårar boendet hemma kan vara olika sjukdomar (bland annat demens), psykosociala (bland annat otrygghet), faktorer relaterade till närstående vårdare (bland annat ork), faktorer relaterade till närmiljön (bland annat långt avstånd) och övriga (så

som malnutrition). Faktorerna bör beaktas sida vid sida eftersom de ofta påverkar varandra. Faktorer som försvårar boendet hemma är markant fler, än kriterierna för att komma till anstaltsvård. (Laatikainen 2009 s. 7-15)

I alla kommuner konstaterade man att demens var den absolut mest allmänna orsaken till att människorna var tvungna att flytta till anstaltsvård. Demens har blivit allt mer vanligt under de senaste åren och även relativt unga människor kan insjukna i demens. Seniorer klarar sig rätt länge hemma även om funktionsförmågan sjunker. Minnesproblem innebär mycket större risker eftersom senioren inte kan samarbeta med hemvården då sjukdomen fortskrider. Senioren kan dock klara sig rätt länge hemma trots demens eftersom den bekanta och vana miljön stöder henne/honom. Anhörigas insatser påverkar stort stöddandet av personen med demens. Personer med demens som har tendens att rymma bör snabbt placeras i till exempel gruppboenden. Situationen kan förändras snabbt som kan leda till ett snabbt behov av placering. Ett allt större problem är alkoholister med demens födda på 1940- och 1950-talen. (Laatikainen 2009 s. 20-25)

I 14 kommuner förde man fram att det borde ordnas fler tjänster åt personer med demens. I sex kommuner kom det fram att nya klienter med medelsvår demens blir hemvårdens klienter och man har aldrig tidigare hört om dessa personer. Detta betyder att det finns brister i diagnostiseringen. Det är väsentligt att demensen diagnostiseras i ett tidigt skede så att vård och stödåtgärder kan påbörjas så tidigt som möjligt. Det är till exempel möjligt att genom medicinering reducera beteendestörningar. Om stödtjänsterna så som hem- och intervallvård påbörjas alltför sent, kommer senioren inte att vänja sig vid dem. SAS-grupperna förde fram att en riksomfattande sälltest eventuellt skulle behövas så att demensframkallande sjukdomar skulle hittas i ett tidigare skede. För tillfället är det fast på seniorenns aktivitet att söka sig till minnestest. (Laatikainen 2009 s. 25-30)

Kommunerna delade åsikten om att det borde erbjudas stimulansverksamhet som uppehåller funktionsförmågan åt seniorer med demens. Verksamheten kunde innehålla enkla spel, diskussion och allmänt umgänge. Två kommuner nämnde minnesrehabilitering som något man kunde satsa på. Det kom även fram att personer med demens och deras anhöriga ofta inte har tillräckligt med kunskap om demensframkallande sjukdomar och

därmed borde mer information ges. Ovisshet leder till att människor inte söker sig tillräckligt tidigt till minnestest. (Laatikainen 2009 s. 25-30)

Sammanfattningsvis kan man nämna de mest centrala slutsatserna. Hemmaboende kan försvåras på grund av många olika faktorer så som demensframkallande sjukdomar, otrygghet, depression, närståendevårdarens ork, närmiljön och ålder och kön. Svårigheterna som SAS-grupperna nämnde var i samklang med tidigare forskning. Ensamhet och långa avstånd är problem speciellt för dem som bor på landsbygden. Seniorrehabilitering kan vara allt från påverkande av demensen, fysiska konditionens stödande till psykosociala interventioner och stödåtgärder åt närståendevårdaren. (Laatikainen 2009)

## 5. METOD

Detta arbete är en forskningsöversikt som baserar sig på vetenskapliga artiklar från området jag vill undersöka, det vill säga hjälpmedel som stöder hemmaboende för personer med demens. Genom forskningsöversikt syftar man till att åstadkomma en syntes av data från tidigare genomförda empiriska studier. Då man genomför en forskningsöversikt bör man fokusera på aktuell forskning inom det valda området och syfta till att finna beslutsunderlag för klinisk verksamhet. Litteraturen utgör källan för informationen och redovisade data bygger på vetenskapliga tidskriftsartiklar och vetenskapliga rapporter. Det finns inga allmänna regler för antalet studier som skall inkluderas i forskningsöversikten. Det bästa vore att finna och inkludera all relevant information men av praktiska skäl är det inte alltid möjligt. (Forsberg & Wengström 2003)

Vetenskapliga artiklar och rapporter kommer att inkluderas ifall; de handlar om forskning utförda inom det valda området, det vill säga hjälpmedel för personer med demens, är skrivna under 2000-talet, språket är svenska, finska eller engelska, de är kvalitativa och om de i kvalitetsgranskningen får åtminstone 50 % av poängen, det vill säga 10 av 20 möjliga. Jag har valt att inkludera kvalitativa forskningar eftersom jag också är intresserad av den information som personer med demens samt deras anhöriga och/eller vårdare har att bidra med, kvalitativa forskningar tar i allmänhet fasta på dessa. Var forskningarna är utförda begränsas inte utan artiklar runt om världen, så länge de är skrivna på finska, svenska eller engelska, inkluderas. Vetenskapliga artiklar och rapporter kommer att exkluderas ifall; de inte är forskningar, de är skrivna före 2000-talet, be-

rör hjälpmedel för andra grupper än personer med demens, språket inte är något av de ovannämnda, de är kvantitativa eller om artiklarna inte får tillräckligt med poäng i kvalitetsgranskningen.

## 5.1 Sökstrategi

För att överhuvudtaget få en bild över ämnet jag kommer att göra en forskningsöversikt över, började jag hela processen med att besöka Toimiva Koti i Helsingfors. Toimiva koti är Helsingfors stads socialbyrås enhet som ger den nyaste informationen om tillgängligt boende. Där kan man bekanta sig med hjälpmedel för seniorer i allmänhet men de har även hjälpmedel som är specifikt designade för personer med demens. Toimiva Kotis yrkeskunniga personal gav bra tips om hurdana hjälpmedel som finns och dessutom tipsade de om nätsidan Muistikoti som uppehålls av Alzheimer förbundet. På sidan presenteras med hjälp av exempelrum, tekniska hjälpmedel som underlättar den dementas vardag. Genom dessa två källor fick jag en god grund till att utföra forskningsöversikten.

Jag började söka material på statsbibliotekets hemsidor. Jag använde sökorden apuvälineet och dementia, assistive tools and dementia, hjälpmedel och demens. Jag avgränsade sökningen till material som är publicerat under 2000-talet. Då jag använde de finska sökorden gav sökmotorn tre träffar, på den engelskspråkiga sökningen gavs inga resultat och på den svenskspråkiga sökningen gav sökmotorn en träff (Mäki et al. 2001). Jag reserverade den svenska boken men då jag fått boken märkte jag dock att den inte handlade om forskning och eftersom detta arbete är en forskningsöversikt, kunde jag inte inkludera verket i arbetet. Den finskspråkiga sökningen gav tre träffar. Av de tre verken bedömde jag ett verk som möjligen användbart utgående från mina inklusionskriterier. Det andra verket var samma verk som jag också funnit på svenska och därmed kunde jag exkludera det eftersom det inte handlade om forskning. Med samma kriterier exkluderade jag det tredje verket eftersom detta verk inte heller handlade om forskning.

Jag besökte också webbsidan Theseus.fi som är en nätsida där yrkeshögskolestuderanden publicerar sina examensarbeten. Där sökte jag examensarbeten med orden apuvälineet, kotona asuminen och dementia och fick 10 träffar. På basen av nyckelorden och abstrakten valde jag de mest relevanta examensarbeten och läste igenom deras källför-

teckningar för att eventuellt hitta litteratur som skulle passa mitt arbete. Jag hittade två verk som jag eventuellt kunde inkludera i mitt arbete (Nygård, C. et al. 2007, Miettinen et al. 2003).

Den viktigaste källan gällande informationssökningen är databassökningen. Jag använde mig av databaserna Academic Search Elite och CINAHL eftersom jag använt dem redan tidigare och känner till hur man söker i dem. Databaserna täcker medicin, omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. Jag sökte först allt material som fanns och sedan sökte jag skilt allt material som gick att få i full text version för att se hur stor skillnaden är. Som redan tidigare nämnts, har det forskats rätt lite i ämnet hjälpmedel som stöder demntas hemmaboende och därför var det en utmaning att hitta tillräckligt med användbart material. Sökorden jag använde och kombinerade på olika sätt var; demen-tia/memory disorders och assistive tools/assistive technology/device och home.

*Tabell 1. CINAHL sökningens resultat*

Sökord	Träffar	Fulltext
1.Dementia / Memory disorders	17303	2934
2. Assistive tools / assistive technology / device	14421	2758
3. Home	50643	8958
1 + 2	134	38
1 + 2 + 3	26	10

Tabell 2. Academic Search Elite sökningens resultat

Sökord	Träffar	Fulltext
1. Dementia / Memory Disorders	9138	2847
2. Assistive tools / Assistive technology / Device	78889	43477
3. Home	111867	43577
1 + 2	58	36
1 + 2 + 3	18	15

De båda databasernas sammanlagda antal artiklar var 44 stycken. Därför valde jag att gå igenom allas abstrakt innan jag eventuellt började fälla bort några artiklar. Efter att ha läst abstrakten kunde jag fälla bort 30 stycken artiklar eftersom jag inte skulle få svar på mina forskningsfrågor med hjälp av dem. Nu återstod 14 artiklar, som jag kvalitetsgranskade enligt Forsberg & Wengströms (2003) checklistor (se bilaga).

## 5.2 Databearbetning

Då jag kvalitetsgranskade de utvalda artiklarna, tittade jag på fem punkter: syftet med studien, undersökningsgruppen, metod för datainsamling, dataanalys och utvärdering. Dessa fem punkter hade alla även underrubriker så det högsta möjliga poängtalet var 20. Efter att ha utfört kvalitetsgranskningen, var jag tvungen att fälla bort ytterligare sju artiklar eftersom de inte uppnådde tillräckligt höga poäng för att kunna inkluderas i arbetet. Två forskningar i det slutliga materialet är en mix av kvalitativ och kvantitativ forskning. Jag valde att inkludera dessa i min forskningsöversikt eftersom de fick bra poäng i kvalitetsgranskningen och de kunde ge svar på mina forskningsfrågor. Det slutliga materialet består av fem forskningsartiklar och två forskningsrapporter. Två av de vetenskapliga artiklarna, tillhör samma projekt men är olika forskningar.

Det valda materialet kommer att sammanfattas och det presenteras i form av kategorier som bildas genom innehållsanalys enligt Tuomi och Sarajärvis (2009) modell. Forskningsöversiktens material beskriver det undersökta fenomenet och analysens avsikt är att bilda en klar och tydlig beskrivning av det undersökta fenomenet. Innehållsanalysens syfte är att materialet sammanfattas och framställs på ett klart och tydligt sätt, utan att förlora innehållets information. Analysen syftar även på att öka informationsvärdet då man strävar efter att skapa meningsfull, klar och komplett information. Materialets kvalitativa behandling baserar sig på logisk slutledning och tolkning, materialet splittras, begrepp bildas och slutligen sammanställs till en logisk helhet på ett nytt sätt. Kategorierna som bildas genom innehållsanalysen, är inte resultat av forskningsöversikten utan enbart ett hjälpmedel att sammanfattningsvis se på informationen som finns i forskningarna. Forskningsöversiktens egentliga resultat börjar ta form först då innehållet i kategorierna granskas med hjälp av källor. Den kvalitativa innehållsanalysen kan indelas i tre faser. (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 108)

Till att börja med reduceras, med andra ord förenklas, materialet. Materialet reduceras så att det som är onödigt för forskningsöversikten, lämnas bort. Reduceringen kan antingen betyda att informationen sammanfattas eller splittras i mindre helheter. Reduceringen av materialet styrs av forskningsfrågorna. Materialet reduceras genom att koda uttryck som är relevanta för forskningsfrågorna. (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 109)

Nästa fas innefattar materialets gruppering. De kodade ursprungliga uttrycken igenomgås noggrant och begrepp som beskriver likheter och/eller olikheter identifieras. Begrepp som har samma betydelse grupperas och förenas till en kategori och namnges med ett begrepp som beskriver kategorins innehåll. Exempel på sådana begrepp kan vara det undersökta fenomenets egenskaper, uppfattningar eller drag. Materialet sammanfattas i grupperingen eftersom enskilda faktorer inkluderas i allmänna begrepp. I grupperingen utförs både grunden för forskningsöversiktens grundbas och preliminära beskrivningar av det undersökta fenomenet. Kategoriseringen av begrepp indelas i underkategorier, underkategoriernas gruppering bildar överkategorier och gruppering av överkategorierna bildar huvudkategorier. (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 110)

Den tredje och sista fasen är den så kallade abstraheringen. Man separerar information som är viktigt för forskningsöversikten och av denna information bildas teoretiska be-

grepp. Gruppering är en del av abstraheringsprocessen. Man framskrider från språkliga begrepp som används i ursprungsmaterialet, till teoretiska begrepp och slutsatser. I abstraheringen fortsätter man med att kombinera kategorier så länge det är möjligt ur innehållets synvinkel. (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 111)

Tabell 3. Exempel på hur materialet reduceras från ursprungliga uttryck till förenklade uttryck

Ursprungliga uttryck	Förenklade uttryck
problem med att hitta videokanalen, glömma kontinuerligt sin könummer, sensitivitet för stress, känsla av att förlora kontrollen, press från närmiljön/anhöriga, krav av orientering till tid och plats, svårigheter i att känna igen till exempel tvättmaskin, osäkerhet, att välja den rätta knappen ur flera, använda teknologi med flera delar så som dammsugare	Psykiska egenskaper
Problem med att skriva på datorn då handens motorik är van vid att skriva för hand, dålig syn och hörsel som hindrar användning av teknologi så som väckarklockor och fjärrkontroller	Fysiska egenskaper
Kommunikation med telefonsvarare eller telefonservice	Sociala egenskaper

Jag kommer att använda mig av fyra huvudkategorier, Lidande, Hjälpmedel, Situationer och Användbarhet. Varje huvudkategori har sina respektive under- och överkategorier med undantag för Användbarhet som enbart har överkategorier.

### 5.3 Etiska överväganden

De vetenskapliga artiklar jag kommer att använda i detta arbete, har redan tidigare genomgått en etisk granskning där hänsyn till informanterna tagits. Det är dock viktigt att trots detta följa etiska principer och ta hänsyn till informanterna som deltagit i de undersökningar jag använder samt att också ta hänsyn till författarna. Man får inte falsifiera eller plagiera texter och egna tolkningar och värderingar får inte heller komma med i resultatredovisningen eftersom författarens eller författarnas budskap inte då kommer



fram och för att inte missleda läsaren. Jag kommer att följa god vetenskaplig praxis som forskningsetiska delegationen i Finland utfärdade år 2002. Till god vetenskaplig praxis hör bland annat:

- att iaktta ärlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i undersökningen, dokumenteringen och presentationen av resultaten
- att tillämpa datainsamlings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som är förenliga med kriterier för forsknings- och utvecklingsarbete och som är etiskt hållbara
- att ta hänsyn till att andra forskares (och medstudenters) arbete respekteras och deras resultat tillmäts det värde och den betydelse som tillkommer dem
- att planera, genomföra och rapportera undersökningen på ett sådant sätt som kraven på vetenskapliga fakta förutsätter

Eftersom detta arbete är en forskningsöversikt, har jag lämnat bort punkter som berör empiriska studier.

## **6. RESULTATREDOVISNING**

I dagens västerländska samhälle är åldrandet hemma mer än regel än undantag och det är även vad de flesta åldringar föredrar. Då den åldrande populationen i rask takt ökar, står välfärdsamhället inför en utmaning att erbjuda sådana levnadsomständigheter att äldre vuxna känner sig säkra och vill åldras (Nygård 2009 s. 53). Ett sätt att förlänga hemmaboende, som är den rådande trenden i speciellt Europa just nu, är att försäkra att personer med demens får hjälpmedel som till exempel stöder de kognitiva funktionerna. På detta sätt underlättas hemmaboende avsevärt och med de rätta hjälpmedlen kan man även minska till exempel närståendevårdarens börda (Stakes 2008 s. 25). Det finns stort potential i hjälpmedel eller så kallad assisterad teknologi som stöder hemmaboende personer med demens. Det finns dock även problem förknippade med hjälpmedel så som tillgänglighet, användning och allmän kännedom om hurdana hjälpmedel det överhuvudtaget finns. För tillfället tar dock utvecklingen av teknologin stora framsteg men med den påföljden att man har föga kunskaper om hur personer med mild demens klarar av att handskas med bekant vardaglig teknologi. (Nygård & Starkhammar 2006)

<b>Författare</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod &amp; Resultat</b>	<b>Informanter / Respondenter</b>	<b>Poäng</b>
Cahill, S. et al. (2007)	Evaluera behovet av irländska hemmaboende personer med demens	Halvstrukturerad intervju  Hjälplmedel behövs	20 personer med Alzheimers eller vaskulär demens, ålder över 50, MMSE > 12, närståendevårdare som är villig att delta i undersökningen.	16/20
Nygård, L. (2009)	Olika yrkesgruppers synpunkter och handlande i att förse personer med demens med spisvakt	Gruppintervju  Yrkesgruppernas synpunkter och handlingar skiljer sig från varandra. Fokuseras mest på att ansöka om en spisvakt, efter installation uteblir stödet i användning för de flesta personer med demens	Personer med olika yrkesgrupper så som sjuksköterskor, ergoterapeuter och närvårdare	14/20
Nygård, L. & Starkhammar S. (2006)	Att identifiera de svårigheter personer med demens upplever i användningen av vardagsteknologi	Intervju med öppna frågor och observationer  Problem finns i användningen av vardaglig teknologi som i längden kan leda till att personer med demens blir uteslutna ur samhället	Åtta personer med Alzheimers eller vaskulär demens, sjukdomen mild eller medelsvår, ensamboende, bör klara av största delen av ADL själv	14/20
Miettinen R. et al. (2003)	Att undersöka bruket av välbefinnande armband i seniorers vardag	Intervjuer och observationer  Det tar en lång tid att utveckla en produkt som är användbar i vardagen. Viktigt att teknologin designas klientcentrerat för att uppnå goda resultat	Användare, vårdare, anhöriga och installatörer, allt som allt 25 personer	12/20

Orpwood, R. et al. (2007)	Att tillsammans med personer med demens ta reda på behov som inverkar på livskvalitén och sedan följa upp tillverkningsprocessen för hjälpmedel som besvarar på dessa behov	Halvstrukturerad intervju och observationer  Det finns stort potential i design av hjälpmedel för personer med demens. Ger goda resultat då personer med demens tas med i processen att designa hjälpmedel	26 personer med demens av vilka 16 bor hemma och 10 bor på åldringshem, mild eller medelsvår demens, olika sociala bakgrunder	15/20
Stakes (2008)	Utreda användningen av hjälpmedel som stöder kognitiva funktioner bland personer med demens	Intervjuer  Hjälpmedel används och det finns behov av dem. Brister i allmän kännedom, tillgänglighet och användning av hjälpmedel	28 dementa personer, 20 kvinnor och åtta män av vilka åtta personer bor på anstalt och 20 är hemmaboende, 11 stycken av de hemmaboende bor ensamma	15/20
Topo, P. et al. (2007)	Att ta reda på ifall det är möjligt att underlätta självständigt boende och befrämja välbefinnande av personer med demens genom att möjliggöra tillgång till assisterande teknologi	Halvstrukturerad intervju  Att evaluera användningen av en Natt och Dag kalender som visar i fall det är natt, morgon, dag eller kväll, klockslag och datum. Problem med tidorienteringen kan orsaka irritation, stress och oro	50 personer med mild eller medelsvår demens, hemmaboende, ålder över 50, närståendevårdare som är villig att delta, problem med att orientera i tiden	17/20

## 6.1 Hjälpmedel

Hjälpmedel kan delas in i tre kategorier: vardagliga hjälpmedel, icke-tekniska hjälpmedel och tekniska hjälpmedel. Vardagliga hjälpmedel är sådana som alla är bekanta med och använder i det dagliga livet, till exempel fjärrkontroller, datorer, dammsugare och tvättmaskiner (Nygård & Starkhammar 2006 s. 145). Icke-tekniska hjälpmedel kan vara till stor nytta för personer med demens trots att de inte alltid är till för att stöda kognitiva funktioner. Tekniska hjälpmedel är sådana hjälpmedel som är specifikt designade för att stöda kognitiva funktioner hos personer med demens. I olika skeden av sjukdomen krävs det olika slags hjälpmedel. I början, då sjukdomen ännu är mild, är det viktigt med så kallade aktiverande hjälpmedel som gör att personen aktivt kan delta i olika evenemang och händelser. Senare, då sjukdomen fortskridit och blivit medelsvår, är så kallade passiva hjälpmedel, som fokuserar mer på personlig tillfredsställelse, till nytta (Orpwood et al. 2007 s. 104). Passiva hjälpmedel kräver inte aktiv uppmärksamhet av användaren. Då demensen är medelsvår eller svår, har personerna inte längre nytta av aktiverande hjälpmedel då personerna inte vet vad hjälpmedlen är till för (Stakes 2008).

### 6.1.1 Vardagliga hjälpmedel

Vardaglig teknik, som för yngre åldersgrupper är en naturlig del av vardagen, är inte alltid lika naturlig del av vardagen för de äldre åldersgrupperna. Många seniorer har börjat använda sig av till exempel datorer eller mobiltelefoner först på äldre dagar och då de insjuknar i demens, kan det uppstå problem i användningen. Det kan hända att de inte hunnit använda dessa hjälpmedel under en längre tid innan de insjuknar i demens (Nygård & Starkhammar 2006). Då kan de relativt snabbt glömma bort hur hjälpmedlen skall användas. För att en person med demens skall kunna använda hjälpmedel är det viktigt att hjälpmedlen tas i bruk i ett så tidigt skede som möjligt för att träna användningen. Är personen van vid att använda ett hjälpmedel, är det lättare att komma ihåg hur det skall användas även då sjukdomen fortskrider (Stakes 2008 s. 30). Personen med demens känner eventuellt inte längre igen vad hjälpmedlen är till för eller också blandar de ihop dem, till exempel kan de ta diskmaskin för tvättmaskin och vice versa. Problem som de ovannämnda, kan leda till att personen undviker att använda sig av hjälpmedel som hon/han upplever att de inte kan använda och så småningom kan det leda till att

personen utesluts ur samhället. De resurser, som personer med demens har att adaptera ny teknologi för utförande av ADL, är begränsade redan i ett tidigt skede av sjukdomen. (Nygård & Starkhammar 2006 s. 146-149).

### **6.1.2 Icke-tekniska hjälpmedel**

Icke-tekniska hjälpmedel kan vara till stor nytta för personer med demens och är ofta enkla lösningar som hjälper att klara av vardagen. Dessa lösningar är bra i det tidiga skedet av sjukdomen då inte så många hjälpmedel ännu behövs. Dock brukar hjälpmedlen även vara till nytta i ett senare skede av sjukdomen ifall personen med demens vant sig vid dessa och kommer ihåg dem även då sjukdomen framskrider. Personer med demens har ofta problem med varseblivningen och icke-tekniska hjälpmedel kan då hjälpa. Då personen äter, är det bra om kanten på tallriken är en annan färg än själva tallriken, då kan personen lättare se maten (Stakes 2008 s. 120). Personer med demens kan ibland vara oroliga, speciellt om natten. En så kallad bollfilt som innehåller plastkulor som producerar retning för rörelse-, muskel- och ledsinnena, lugnar ofta ner personerna. De lösa kulornas tyngd stimulerar sinnena och ökar varseblivningen av den egna kroppen. Då personen rör sig under täcket, rör även kulorna på sig och får till stånd en tyngdkänsla som överförs till hjärnan och detta stärker känslan om den egna kroppens konturer, relaxerar och ökar känslan av säkerhet (Stakes 2008 s. 122). Icke-tekniska hjälpmedel kan även vara till nytta i problem gällande användning av vardaglig teknologi. Olika minneslappar eller magneter kan fästas vid till exempel diskmaskinen så att personen med demens kommer ihåg vad diskmaskinen är till för och hur den används (Stakes 2008 s. 51).

### **6.1.3 Tekniska hjälpmedel**

Tekniska hjälpmedel bör bevara, upprätthålla eller skapa nya aktiviteter och skapa säkerhet, initiativförmåga, frihet, glädje, välbefinnande och sociala kontakter. Ofta skaffas hjälpmedel för att lösa ett enskilt problem men det mest fördelaktiga vore dock att göra en helhetsevaluering av familjens situation och sträva efter att lösa problemen mer omfattande (Stakes 2008 s. 25-33) Ett problem är även rätt timing då hjälpmedlen tas i bruk. Ofta tas hjälpmedlet i bruk i ett alldeles för sent skede då det inte längre fram-

bringar nytta för personen med demens men det kan även gå tvärtom, hjälpmedlet introduceras i ett alltför tidigt skede vilket kan leda till negativa attityder som i sin tur kan leda till att hjälpmedlet inte används överhuvudtaget (Nygård 2009, Cahill et al. 2007, Stakes 2008). Exempel på tekniska hjälpmedel är automatiska dosetter, spis- och sängvåktare, kalendrar som visar ifall det är morgon, kväll eller natt, datum och klockslag, automatiska lampor, telefoner som istället för siffror har bildknappar, uppspårare av försvunna saker samt olika säkerhetstelefoner och –armband samt alarm som aktiveras om personen beger sig ut eller stiger på ett visst område (Stakes 2008, Miettinen et al. 2003, Cahill et al. 2007, Topo et al. 2007).

Automatiska dosetter fungerar så att dosetten ger ifrån sig ett ljud då det är dags att ta medicinen. Den automatiska dosetten kan till exempel kopplas ihop med en kalender eller minnesklocka för att få bästa möjliga nytta. Det finns olika slags kalendrar, men en av de vanligaste, är en modell som visar vilken tid på dygnet det är (natt, morgon, dag eller kväll), datum och veckodagen. Kalendern är mycket behändig då den placeras på ett bord nära sängen. Vaknar personen med demens under natten, kan hon/han lätt se att de ännu är natt och fortsätta sova i stället för att börja vandra omkring i hemmet. Det finns även olika slags påminnare och minnesklockor. I dessa kan man banda in påminnelser, så som att dags att äta lunch, som sedan spelas upp på rätt tidpunkt (Stakes 2008 s. 36,54,59, Topo et al. 2007 s. 122, Cahill et al. 2007 s. 135, 137). Spisvakten stänger av spisen en viss tid efter att den satts på. Om spisvakten också har en värmesensor, stänger den av spisen redan tidigare om temperaturen går över en viss gräns. Spisvakten används för att minska risken för eldsvåda men installeras ofta främst för att anhöriga skall känna sig säkra än för säkerheten av personen med demens. Sängvakten däremot ger ett alarm då personen med demens stiger upp ur sängen under natten. Larmet går sedan till exempel till närståendevårdarens mobil, och närståendevårdaren kan sedan försäkra sig om allting är som det skall med personen med demens (Stakes 2008 s. 114, Nygård 2009 s. 53). Liknande larm går då personen med demens stiger på en sensormatta. Mattan kan till exempel placeras vid sängen så att närståendevårdaren vet då personen med demens stiger upp ur sängen (Stakes 2008 s. 105-106). Det finns också automatiska lampor och så kallade passageljus som underlättar orientering. Den automatiska lampans ljus avtar och ökar i takt med att personen med demens stiger upp ur sängen (Stakes 2008 s. 19, 70, Cahill et al 2007 s. 135). Så finns det olika slags telefoner som

underlättar att uppehålla de sociala kontakterna. En känd telefon är den som istället för siffror, har bildknappar, trycker man på bilden, kopplas samtalet direkt till den personen. Det finns mobiler för seniorer men det har utvecklats mobiler även för personer med demens som är ännu lättare att använda. Mobilen har endast fyra knappar med personernas namn på, då man trycker på namnet, kopplas samtalet till personen (Cahill et al. 2007 s. 135-136, 139, Stakes 2008 s. 59, 71). Olika sätt att övervaka passage finns också, till exempel säkerhetskameror, men här är gränsen för att självbestämmanderätten överskrids, hårfin. Säkerhetstelefoner och –armband är mycket kända. Personen med demens bär hela tiden på sig ett armband och skulle något råka hända, trycker personen på armbandet för att få hjälp (Miettinen et al. 2003 s. 62, Stakes 2008 s. 55, 60). Det finns även en uppspårare av försvunna föremål som liknar en fjärrkontroll. Föremål som ofta tappas bort, så som hemnycklar, glasögon och så vidare, markeras med en sensor. Då något av föremålen åter tappats, trycker man på fjärrkontrollen. Sensorn som är fastsatt vid föremålet, börjar då föra ljud, vilket underlättar upphittandet (Cahill et al 2007 s. 135, 138-139).

De flesta av de tekniska hjälpmedlen används i början av demensen. Då sjukdomen fortskrider, ökar minnesproblemen vilket leder till att det blir allt svårare för personen med demens att använda hjälpmedel som kräver deltagande (Topo et al. 2007, Stakes 2008, Nygård 2009). Till exempel säkerhetsarmband kräver att personen trycker på armbandet då något hänt och hjälp behövs, i ett längre framskridet skede av sjukdomen vet personen kanske inte längre varför armbandet överhuvudtaget sitter på armen och vad det är till för.

#### **6.1.4 Val av hjälpmedel och uppföljning**

Behov och användning av hjälpmedel är individuellt och olika hjälpmedel kan användas olika av olika personer. Ofta räcker det inte med enbart ett hjälpmedel utan genom att kombinera flera hjälpmedel kan man uppnå maximal nytta av dem (Topo et al. 2007 s. 127). Användning av hjälpmedel borde ses som en process i stället för en engångshändelse (Nygård 2009 s. 64). Eftersom demensen fortskrider, vore det viktigt att användningen noga skulle följas upp regelbundet då behoven snabbt kan förändras i takt med att sjukdomen fortskrider (Cahill et al. 2007 s. 141). Personer med demens och deras anhöriga, börjar sakna hjälpmedel då konkreta problem uppstår. Ofta koncentreras man

sig dessutom på att lösa enskilda problem istället för att evaluera helhetssituationen vilket vore det mest ideala. Mycket arbete läggs ner på själva processen att skaffa hjälpmedel men då hjälpmedlet installerats/tagits i bruk, saknas ofta uppföljning och evaluering (Nygård 2009 s. 64, Stakes 2008 s. 57).

### **6.1.5 Ännu om hjälpmedel överlag**

Grovt sagt går det att dela in hjälpmedlen i tre kategorier; vardagliga, icke-tekniska och tekniska hjälpmedel. Hjälpmedlen indelas i de tre kategorierna enligt deras egenskaper. Olika kategoriers hjälpmedel har olika syften. Vardagliga hjälpmedel finns till för att till exempel ta hand om tvätt, disk och städning. Icke-tekniska hjälpmedel hjälper personen med demens med till exempel varseblivningen som ofta försvåras i och med den framskridande demensen. De icke-tekniska hjälpmedlen kan även fungera som stöd för den vardagliga teknologin och dessutom kan den lugna ner personen med demens. Tekniska hjälpmedlens främsta uppgift är att stöda de kognitiva funktionerna som så småningom avtar då demensen framskrider (Stakes 2008, Nygård 2009, Cahill et al. 2007). Trots olika syften, har alla föremålen i de tre kategorierna ett gemensamt samlingsnamn, hjälpmedel.

Uppmärksamhet borde även läggas på själva designen och produktionen av hjälpmedel. Det har utvecklats många hjälpmedel som ökar säkerheten, speciellt för anhöriga, men lite uppmärksamhet har getts till att tänka på att hjälpmedlet även borde uppehålla känslan av välbefinnande. Det finns ett stort behov av hjälpmedel som syftar på att upprätthålla eller förbättra livskvalitén för personer med demens (Orpwood et al. 2007 s. 103). Hjälpmedel designas ofta teknikcentrerat istället för klientcentrerat. Det vore viktigt att ta med personer med demens i designen och produktionen av hjälpmedel eftersom denna grupp är de som skall använda hjälpmedlen och för att det dessutom är en lång process av flera års arbete, att få fram ett hjälpmedel som fungerar på bästa möjliga sätt (Miettinen et al. 2003 s. 64-66).

Anhöriga till personer med demens berättar att de fått lite kunskap om hjälpmedlen och dessutom från flera olika håll och undrar ofta varför de inte fick någon information om hjälpmedel då demensen diagnostiserades. Forskning (Stakes 2008, Nygård 2009, Topo et al. 2007) tyder på att det inte finns någon enskild plats där man automatiskt skulle få



information om hjälpmedel som stöder kognitionen. Då anhöriga och personen med demens hade fått information om hjälpmedlen och tagit dem i bruk, upplevde de att hjälpmedlen var till stor nytta. Med hjälp av hjälpmedlen kunde personen med demens göra många saker och upprätthålla tidigare inlärd kunskaper (Stakes 2008 35-40, 49-52, Cahill et al. 2007 s. 137-140).

## **6.2 Användbarhet**

Inom demensvården är hjälpmedlen kända för att vara pålitliga men för att vara så effektiva som möjligt, bör de specifika behoven och individernas preferenser beaktas. Det finns dock svårigheter i förståelsen av de specialbehov personer med demens har och att få en inblick i de svårigheter de bemöter är svårt då det traditionellt har funnits såväl logistiska som etiska problem gällande utförande av forskning inom demensvården (Cahill et al. 2007 s. 133). Personer med demens känner sig ofta, och ibland även behandlas, som barn trots att det är frågan om vuxna människor. I enlighet därmed, finns det begränsat med information som man kan basera ändamålsenlig design av hjälpmedelsteknologin på (Orpwood et al. 2007). Den verkliga utmaningen i design av teknologi som speciellt lämpar sig för personer med demens, är att utveckla en produkt som verkar simpel och bekant men som ändå fungerar effektivt (Cahill et al. 2007 s. 140). Utseendet och bekantheten i det använda föremålet påverkar användningen. Föremål som är bekanta för de äldre så som telefoner, lampor och kalendrar, används oftare och upplevs även vara till mer nytta än produkter som är mer främmande, så som uppsökaren av försvunna föremål och spis- och sängvakter. Det bör dock tas i beaktande att de hjälpmedel som i undersökningarna upplevdes som mest användbara, var de hjälpmedel som även hade minst tekniska fel och brister (Miettinen et al. 2003, Cahill et al. 2007, Topo et al. 2007, Nygård 2009, Stakes 2008). Hjälpmedel som är okända för den dementa (speciellt då sjukdomen framskrider) är ofta problematiska och missförstådda.

### **6.2.1 Användarvänlighet**

Hjälpmedel som är klara och tydliga, är lätta att använda. Många av hjälpmedlen är sådana att såväl personen med demens som närståendevårdaren har nytta av dem. Väl användbara hjälpmedel befrämjade orienteringen i tid, underhöll ett självständigt liv,

uppmuntrade personen med demens överlag, ökade självständighet och gynnade en bättre kommunikation (Stakes 2008, Topo et al. 2007 s. 129-130, Cahill et al. s. 136-138). Hjälpmedel som upplevdes som mycket användbara, bland annat kalendrar som visar tiden på dygnet (natt/dag) och bildtelefonen, hade få och stora, tydliga knappar, ljudvolymen var passlig (inte för låg), de var enkla att använda och bekanta, de krävde ingen eller mycket liten inläring och kunde användas utan att någon måste påminna om användningen.

### **6.2.2 Faktorer som minskar användarvänligheten**

Hjälpmedel som är tekniskt invecklade och kräver mycket inläring är i regel sämre hjälpmedel. Om det krävs mycket inläring för att använda ett hjälpmedel, glömmet personen med demens rätt snabbt hur hjälpmedlet används då sjukdomen framskrider (Stakes 2008). Andra faktorer som minskar användarvänligheten är formgivningen. Stora och klumpiga hjälpmedel är opraktiska vilket leder till att de används mindre (Cahill et al. 2007 s. 137-139). Dessutom ser vissa hjälpmedel ut så att de är speciellt designade för personer med demens. Hjälpmedlen bör inte stämpla sina användare eftersom demens är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst. Hjälpmedel som ser skrämmande ut, har många eller små knappar, för oljud, för liten screen, otydlig text, materialet reflekterar ljus så att de försämrar seendet, har en alltför låg ljudnivå, kräver påminnelse i användningen och är främmande för personen med demens, minskar användarvänligheten och användningen. En del av hjälpmedel som var med i undersökningarna, hade tekniska problem vilket även minskade användningen (Cahill et al. 2007, Stakes 2008, Topo et al. 2007).

### **6.3 Situationer där hjälpmedel används**

Det finns många olika situationer där hjälpmedel används och hjälpmedlen kan användas flera gånger om dagen. Vissa hjälpmedel, så som automatisk dosett, uppspårare av försvunna föremål och spisvakter, används dagtid medan andra, sängvakt, bollfilt och nattlampor, används nattetid (Cahill et al. 2007 s. 136-140). Största delen av hjälpmedlen används hemma eller i närmiljön av hemmet men en del kan även användas på arbetsplatsen om personen med demens ännu i det tidiga stadiet av sjukdomen är aktiv inom

arbetslivet (Stakes 2008 s. 49-50). Då de sakkunniga och familjen tillsammans kommit överens om ett hjälpmedel som möjligen kunde vara till hjälp, testas hjälpmedlet i den verkliga omgivningen som hjälpmedlet kommer att användas i. Testningen bör ske under observation för att undvika missförstånd gällande användningen. Hjälpmedlets funktion bör noga följas upp eftersom situationer och förutsättningarna för användningen kan snabbt förändras. (Stakes 2008 s. 30-31)

Hjälpmedel kan indelas i sådana som används dagtid och sådana som används nattid, en del hjälpmedel är flexibla och kan användas såväl på dagen som på natten. Ensamboende använder sig av hjälpmedel flera gånger om dagen. De som bor tillsammans med sin närstående vårdare gör det också, men de använder hjälpmedlen främst då de hamnar att vara ensamma, till exempel då maken/makan är på arbete och hemvården inte är på plats (Stakes 2008).

## **6.4 Att bo med någon och att bo ensam**

Många personer med demens som bor hemma, har en närstående vårdare som tar hand om dem men ofta glömmer att ta hand om sig själva. Då personen med demens och den anhöriga inte får tillräckligt med kunskap om hjälpmedel, blir närståendevårdarna tvungna att helt i onödan belasta sig alltför mycket. Det är tungt att till exempel varje natt vakna flera gånger till att maken/makan är på väg någonstans eller att varje dag spendera otaliga minuter till att söka efter saker som personen med demens tappat bort. Sådana situationer frambringar mycket stress och oro. Med hjälp av till exempel sängvakter, får närståendevårdaren ett alarm då personen med demens stiger upp ur sängen. Att kunna sova ordentligt och veta att man säkert vaknar då personen med demens ger sig iväg, är mycket lättande. Problematiken med de bortappade föremålen kan lösas med hjälp av en uppsökare av försvunna saker.

Har dementa som bor tillsammans med närstående vårdare det svårt, så har ensamstående personer med demens det ännu svårare. Ensamstående personer med demens löper hög risk att helt och hållet uteslutas ur samhället då det inte har någon som hjälper dem att upprätthålla sociala kontakter. Här är hjälpmedlen till stor nytta. Som redan nämnts, är det viktigt att i ett så tidigt skede som möjligt introducera hjälpmedel åt personer med demens. I frågan om ensamstående personer är det speciellt

viktigt för när sjukdomen fortskrider, har de ingen som påminner dem om användningen. Hemvården kan inte heller vara på plats dygnet runt. Börjar personen med demens redan i ett tidigt skede använda olika hjälpmedel, kan de under en längre tid ha nytta av dem. Ensamstående personer med demens förflyttar sig snabbare till att använda passiv teknologi, det vill säga teknologi som inte kräver användarens uppmärksamhet, än de som bor tillsammans med sin närståendevårdare.

Undersökningarna (Cahill et al. 2007, Stakes 2008, Orpwood et al. 2007, Nygård 2009, Miettinen et al. 2003) visar att användningen av hjälpmedel är i vissa fall beroende av att en närståendevårdare finns till hands och kan påminna personen med demens om att använda hjälpmedlen. En stor del av personer med demens behöver visas hur hjälpmedlet bör användas, för att kunna använda det. Då personer med demens bor ensamma, är de i en sämre position än de som bor tillsammans med en närståendevårdare eller på anstalt. De ensamboende har ingen som visar dem hur de skall använda hjälpmedlen. De ensamboende tenderar, de som bor tillsammans med någon också, att stänga av de elektroniska hjälpmedlen för att till exempel spara elektricitet. Då de bor ensamma, har de ingen som påminner dem om att knäppa på apparaten igen. Hjälpmedlen orsakar även förvirring, personer med demens som bor ensamma kan inte minnas varifrån hjälpmedlen kommit och vad de är till för. Därför skulle eventuellt passiv teknologi passa dessa personer bättre eller också borde hjälpmedlen tas i bruk i ett mycket tidigare skede än för dem som bor tillsammans med någon. (Topo et al. 2007)

## **6.5 Hjälpmedlens påverkan på lidandet**

Hjälpmedel framkallar olika slags känslor hos användaren så väl som hos närståendevårdaren. Ett hjälpmedel med goda egenskaper, åstadkommer ofta positiva upplevelser och känslor, medan hjälpmedel med sämre egenskaper, åstadkommer negativa känslor och erfarenheter.

### **6.5.1 Psykiska egenskaper**

Personer med demens känner sig ofta vara en börda för närståendevårdaren eller samhället överlag (Nygård 2009 s. 58, Stakes 2008, Nygård & Starkhammar 2006). Personen med demens kan till exempel tänka att de inte vill väcka upp sin närstående vårdare

om natten. Som exempel kan de undvika att använda hjälpmedel för att låta närstående-vårdaren sova och i och med det, utsätter de sig för en höjd risk att till exempel falla eller stöta sig på annat sätt (Stakes 2008 s. 105-106). I fall användningen av ett hjälpmedel misslyckas flera gånger, uppkommer känslor av misslyckande, oro, stress och till och med hopplöshet. Även här, kan upprepade misslyckanden leda till att hjälpmedlet inte längre används (Stakes 2008, Nygård 2009 s. 59, Nygård & Starkhammar 2006 s. 150). Det är även rätt vanligt att personer med demens börjar använda sig av hjälpmedel för att människorna omkring dem vill det. Personer med demens vill inte orsaka besvikelser så de går med på att till exempel bära med sig hjälpmedlet då de är utanför hemmet (mobiltelefoner, uppsökare av försvunna saker). Det har dock visat sig att i själva verket vet inte personen med demens hur ovannämnda hjälpmedel skall användas. De bär dem med sig för att deras anhöriga vill det. Detta inger falsk säkerhet åt anhöriga. Det inger även falsk säkerhet åt personer med demens, de känner sig mer säkra då de har hjälpmedlen med sig, men skulle något hända, skulle de inte kunna använda hjälpmedlet för att till exempel kalla på hjälp. (Nygård & Starkhammar 2006 s. 149, Cahill et al. 2007 s. 137, Nygård 2009 s. 58) Det är viktigt att timingen är rätt och att sättet man framför ärendet om hjälpmedel respekterar personen med demens, då någon föreslår personen med demens att börja använda sig av hjälpmedel, kan personen med demens lätt känna sig upprörd, föraktad eller ledsen, då kunskaper de haft hela sitt vuxenliv som till exempel matlagning, plötsligt ifrågasätts (Stakes 2008 s. 29, Nygård 2009 s. 58). Oro, stress och ångest framkommer även då personen med demens bör välja en knapp ur flera, då personen använder sig av hjälpmedel med flera delar, krav på orientering till tid och plats och då användningen av hjälpmedlet får personen att känna sig mållös och som att man inte längre kan kontrollera sitt liv (Stakes 2008 s. 49-52, 58-60, 81, Nygård & Starkhammar 2006 s. 148). Är närståendevårdaren tvungen att ofta påminna personen med demens om användningen av hjälpmedel, kan det orsaka mycket irritation och stress i relationen mellan personen med demens och närståendevårdaren (Cahill et al 2007 s.139-141 , Topo et al. 2007 s. 127-129).

Hjälpmedel medför inte enbart negativa känslor, upplevelser och erfarenheter. Ett hjälpmedel med goda egenskaper ger upphov till bland annat: känslor av lycka och tillfredsställelse, ökad självständighet, känslor av att kunna vara i kontroll över sitt liv och att lyckas, säkerhetskänsla och glädje över att bli förstådd och vara en del av gemenska-

pen. Dessutom minskar hjälpmedel med goda egenskaper, negativa känslor så som stress, irritation och oro, mellan personen med demens och närståendevårdaren. (Stakes 2008 s. 21, 81-110, Topo et al. 2007 s. 126-130, Cahill et al. 2007 s. 140-142)

### **6.5.2 Fysiska egenskaper**

Funktionsförmågan påverkar personen med demens och dennes användning av hjälpmedel. Ett problem är att seniorers handmotorik ofta van vid att skriva för hand. Dagens teknologi underlättar människor och mycket litet behöver mer skrivas för hand. Då personen med demens försöker skriva på datorn, kan det hända att försöken misslyckas då handens motorik inte vant sig vid att knäppa på tangentknappar. Dålig syn och hörsel kan också medföra hinder i användningen av hjälpmedel. Många tekniska hjälpmedel kräver att man ser dem ordentlig för att få den bästa nyttan av dem (automatisk dosett, spisvakt, kalendrar). En del hjälpmedel så som uppsökaren av försvunna föremål, använder ljudsignaler för att man skall hitta det bortappade föremålet. Är hörseln sänkt kan det hända att man inte kan höra dessa signaler och därmed inte kan använda hjälpmedlet. (Nygård & Starkhammar 2006 s. 149, Topo et al. 2007 s. 127, Cahill et al. 2007 s. 138-139)

### **6.5.3 Sociala egenskaper**

Om hjälpmedlet används eller inte, påverkas även av sociala egenskaper. Personer med demens har problem med kognitiva funktioner vilket medför att problem kan uppstå med producering och förståelse av prat. Har personen svårt för att uttrycka sig eller förstår inte prat, kan personen mycket snabbt isoleras från samhället, speciellt om personen bor ensam. Då personen inte kan använda sig av telefon eller tala till telefonsvarare kan de till exempel bli utan hälso- och sjukvård. Detta är ett större problem för dem som bor ensamma, då de inte har någon som hjälper dem med kommunikation och användning av hjälpmedel överhuvudtaget (Nygård & Starkhammar 2006 s. 150-151, Topo et al. 2007 s. 129-130, Cahill et al. 2007 s. 140-141). Dock kan hemvården hjälpa, speciellt dem som bor ensamma, men de kan inte göra något förrän de fått meddelande om att det finns behov av hjälp.

#### **6.5.4 Sammanfattning om hjälpmedel och lidande**

Psykiska, fysiska och sociala egenskaper hör alla till lidandet men de påverkar olika delar av lidandet. De psykiska och fysiska egenskaperna bidrar till sjukdomslidandet, såväl positivt som negativt. De sociala egenskaperna bidrar till livslidandet. Demens är en sjukdom vi inte idag kan bota. Därför finns de inga medel för att helt och hållet ta bort lidandet. Dock kan hjälpmedel med goda egenskaper, minska lidandet avsevärt. Då man inte behöver uppleva negativa känslor, har man mer psykiska resurser att klara av att leva med sin sjukdom. Hjälpmedel med goda egenskaper kan användas även då syn och hörsel sänks eftersom det tagits i beaktande vid design och produktion av hjälpmedlen. Sociala egenskaper bidrar främst till livslidandet. Det är svårt att minska på livslidandet, speciellt då personen med demens bor ensam, men med goda hjälpmedel och hjälp från utomstående så som hemvården, kan det lyckas att reducera livslidandet. Då personen med demens mår bra, underlättas även livslidandet.

## **7. DISKUSSION**

För att underlätta diskussion och göra den klarare, har jag delat in diskussionsdelen i resultat-, metoddiskussion samt implikationer och fortsatt forskning.

### **7.1 Resultatdiskussion**

Resultaten från tidigare forskning (Hedberg et al. 2006, Laatikainen 2009, Salminen 2004) och min forskningsöversikt, överensstämmer rätt långt. Många av de hjälpmedel som idag finns på marknaden, är i första hand utvecklade för anhöriga och först i andra hand för personer med demens. Närståendevårdarna var de som i allra högsta grad hade nytta av hjälpmedlen. Många hjälpmedels syften är att inbringa säkerhet men de gör de oftare för anhöriga än för personen med demens (Orpwood et al. 2007 s. 103-104). Mer borde fokuseras på att planera och producera hjälpmedel som upprätthåller livskvalitén då hjälpmedlens tre huvudmål är; att öka säkerheten för personen med demens och omgivningen, att övervaka och upprätthålla hälsa samt att påverka livskvalitén. Få av de hjälpmedel som nu är tillgängliga, påverkar direkt på livskvalitén. Det är vore även vik-

tigt att kunna ge både personen med demens och närståendevårdaren ett gott och innehållsrikt liv, dagens teknologi är en bra börjar till att fullföra detta mål.

Den rätta timingen är också viktig eftersom ett hjälpmedel som introduceras alltför tidigt lätt undviks helt och hållet medan ett hjälpmedel som tas i bruk alltför sent, inte mer kan hjälpa personen med demens. Som redan tidigare konstaterats kan det vara en lång process att hitta ett lämpligt hjälpmedel då personen med demens inte alltid känner sig sjuk eller känner sig vara i behov av hjälpmedel. Det finns rekommendationer för hur hjälpmedel borde tas i bruk och användningen uppföljas men i verkligheten går det inte till så här. Undersökningarna visar (Stakes 2008, Nygård 2009, Topo et al. 2007) att den dementa eller dennes anhöriga sällan vet vem de skall kontakta då de behöver hjälp eller råd. Många vet inte ens vem de skall kontakta för att överhuvudtaget få tag på hjälpmedel. Undersökningarna (Stakes 2008, Topo et al. 2007, Orpwood et al. 2007, Cahill et al. 2007) visar att en del fått sina hjälpmedel genom att delta i olika projekt. Efter projektets slut har de fått behålla hjälpmedlen men de vet inte vem de skall kontakta i frågan om uppehåll och service. Undersökningens resultat påpekar även att det sällan görs någon uppföljning i användningen och därmed tas inte de förändrade omständigheterna så som sjukdomens framskridande i beaktande.

Hjälpmidlen kan indelas i tre kategorier, vardagliga, icke-tekniska och tekniska hjälpmedel. Vardagliga hjälpmedel är sådana som vi alla använder och stöder inte i sig hemmaboende men det är viktigt att peka ut att redan användning av dessa hjälpmedel, orsakar problem för personer med demens, speciellt om de bor ensamma (Nygård & Starkhammar 2006). Det finns en stor iver i att planera och producera hjälpmedel för personer med demens men man får inte glömma de problem denna grupp har i användningen av vardaglig teknologi. Icke-tekniska hjälpmedel i sig, stöder inte hemmaboende men vid sidan om tekniska hjälpmedel är de mycket nyttiga. Icke-tekniska hjälpmedel stöder även användningen av vardaglig teknologi vilket i sin tur minskar risken för att isoleras från samhället.

Det finns tillgängliga hjälpmedel som har goda egenskaper och hjälpmedel med sämre egenskaper. En del av hjälpmedlen hade under undersökningarnas gång tekniska problem vilket minskade användbarheten. En del egenskaper gjorde även att användningen minskade. För att framtiden undvika hjälpmedel med sämre egenskaper, är det viktigt



att personer med demens tas med i planeringen. Det är dock forskningsetiskt tveksamt att använda personer med demens som informanter/respondenter. Man kan nämligen inte lita på att personer med demens verkligen använt hjälpmedel med den frekvens som de rapporterade men trots det är deras svar värdefulla källor för information (Cahill et al. 2007 s. 133, Topo et al. 2007 129-130) I tidigare forskning (Salminen 2004) nämndes ett expertiscenter där olika professionella kunde samarbeta tillsammans med personer med demens för att få så bra resultat som möjligt, det kunde vara en lösning till att få fram hjälpmedel som stöder personer med demens i allt högre grad i och med att demensen framskrider.

Tidigare information och min forskningsöversikt visar också att ett stort behov av kunskap om hur man skall få tag på hjälpmedel, hurdana hjälpmedel det finns och deras användning, finns. Systemet för hjälpmedel som speciellt är designade för personer med demens, är alltför utbrett och olika yrkesgrupper samarbetar dåligt. Personer med demens och deras anhöriga får lite information här och där och de är tvungna att ta reda på saker på egen hand. En systematisk informering skulle behövas. Det vore social- och hälsovårdspersonalens ansvar att se till att personen med demens och de anhöriga får den information de behöver samtidigt då demensen diagnostiseras. Problemet är även att till exempel personalen på hemvården inte känner till hjälpmedel och hur de används.

En person med demens kan klara av att bo ensam trots demensen med hjälp av hjälpmedlen. Som redan tidigare nämnts vore det dock mycket viktigt att introducera hjälpmedlen i ett så tidigt skede av sjukdomen som möjligt. Undersökningarna (Stakes 2008, Cahill et al. 2007) stöder tanken om att ensamboende personer med demens borde i ett mycket tidigare skede ta hjälpmedlen i bruk för att i längden få samma nytta av dem som de personer som bor tillsammans med sin närstående vårdare.

Det finns många olika situationer där hjälpmedlen används (Stakes 2008, Cahill et al. 2007, Miettinen et al. 2003). I och med att hjälpmedlen utvecklas, kommer användningen i framtiden säkerligen att utvidgas. I dag finns det ännu hjälpmedel som personer med demens tycker stämplade dem (till exempel uppspårare av försvunna föremål), och därför undviker de användningen av dem. Med mer planering och samarbete med personer med demens, kan man i framtiden undvika att användarna blir stämplade. Dessutom kommer hjälpmedlen att redan i närframtid, bli allt mer allmänna då stora ålder-

grupper pensioneras och antalet personer med demens ökar. För det mesta används hjälpmedlen hemma eller i närmiljön av hemmet. En del hjälpmedel kan även användas på arbetsplatsen om det behövs. Genom att ta hjälpmedlen i bruk allt tidigare och i flere olika situationer, vänjer sig personen med demens med att använda dem och har en större och längre nytta av dem.

Hjälpmedlen påverkar definitivt lidandet. Hjälpmedel med egenskaper som minskar användarvänlighet orsakar bland annat stress, oro, misstänksamhet och skam vilka alla bidrar till att öka både sjukdoms- och livslidandet. Har personen med demens däremot hjälpmedel som både ökar användarvänligheten och i och med det, livskvalitén, minskar det på lidandet (Stakes 2008, Orpwood et al. 2007, Cahill et al. 2007, Nygård 2009). Det finns alltså faktorer som ökar lidandet men även faktorer som minskar lidandet. Demens orsakar ett sjukdoms- och livslidande som inte går att göra ett slut på men med olika lösningar kan man åtminstone minska lidandet. Då hjälpmedel planeras och produceras, blir lidandet lätt ignorerat. Ändå är det en viktig aspekt eftersom lidandet i sin tur påverkar livskvalitén. Ju mer lidande, desto mer påverkas livskvalitén. Det är även viktigt att personer med demens får sina röster hörda så att vi kan hjälpa dem på bästa möjliga sätt

## 7.2 Metoddiskussion

Att göra en forskningsöversikt är både svårt och lätt. Lätt är det då man inte behöver söka lov från etiska rådet och behöver endast en dator för att genomföra sökningen. Att komma fram till och kombinera sökord på ett sätt att de ger så bra resultat som möjligt, är svårt. Engelskan är huvudspråket då man söker efter material i databaserna och då engelskan inte är mitt modersmål, kan det ibland ta god tid att komma på ett ord som bäst motsvarar det ord man är ute efter. Det jag märkte under arbetsprocessen var att jag hade alltför snäva inklusions- och exklusionskriterier. Jag begränsade ju sökningen att gälla hjälpmedel som stöder personer med demens. Hade jag istället för demens använt till exempel ordet nedsatt kognition, hade jag kunnat få betydligt fler resultat och mer användbart material. Det är också arbetskrävande att gräva fram artiklar som inte går att få i fulltext. Ofta låter en artikel väldigt lovande men då går den inte att få i fulltext och då får man använda sig av detektivjobb för att få fram artikeln någonstans ifrån. Univer-

sitetsbiblioteken hjälper ofta till med detta. Om jag skulle ha haft mer tid, skulle jag ha utvidgat min sökning. Som det är nu, har jag ett rätt magert men relevant material att gå till men forskningsfrågorna har blivit besvarade och syftet är uppnått enligt mig själv. Tidsbristen går inte att skylla på någon annan än mig själv. Trots att lärare och handledare otaliga gånger påmint att hela processen tar cirka ett år, har det varit svårt att tro tills nu då arbetet skall inlämnas och mycket borde ännu ha gjorts för att förbättra det.

Det var rätt så lätt att göra en innehållsanalys men betydlig svårare att få det skrivet på ett sätt att läsaren kan förstå analysprocessen. Det är nästan alltför lätt att skriva genom antaganden att läsaren förstår vad jag menar. Så är det ju inte och jag har fått kämpa med att få materialet utskrivet på ett sätt att läsaren förstår vad som menas och kan följa med processen. Jag har också försökt att så gott som möjligt översätta materialet korrekt genom att gå igenom det otaliga gånger men risk för feltolkningar finns alltid då det är frågan om ett annat språk än modersmålet. Jag har även försökt få översättningarna så flytande som möjligt så de passar in med den övriga texten. Jag har läst igenom arbetet flera gånger men trots det kan skrivfel finnas eftersom man blir blind för sin egen text då man upprepade gånger läser igenom det.

### **7.3 Implikationer och fortsatt forskning**

Det jag upplevde att blev obesvarat men som egentligen inte berör mitt ämne, är hur informationen om hjälpmedel, deras tillgänglighet och användning skulle fås ut till större kännedom. I första hand borde hälso- och sjukvårdspersonalen skolas så att de skulle få den information de nu saknar. Då personalen skulle känna till hjälpmedel, tillgänglighet och användning, skulle hjälpmedlen kunna tas i bruk i ett så tidigt skede som möjligt vilket skulle tjäna personen med demens och hennes/hans anhöriga. Efter att personalen skolats, kunde kanske riksomfattande kampanjer ordnas för att öka kännedomen. Annars står Finland inför ett stort problem då de stora åldersklasserna pensioneras, anstaltsplatserna ideligen reduceras och allt fler borde klara sig hemma så länge som möjligt. Hur kommer de att klara sig om ingen känner till hjälpmedel? Förslag på kommande forskning/examensarbeten; att bygga upp ett informationspaket som de anhöriga och personen med demens skulle få då sjukdomen konstateras, att på något sätt finna ett sätt

att få olika enheter att samarbeta mer samt att förenhetliga tjänster för att underlätta saker och ting för personen med demens och de anhöriga.

## KÄLLOR

Cahill, Suzanne et al. 2007, ”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*, nr 19 s. 133-142.

Eloranta, Tuija & Punkanen, Tiina. 2008, *Vireään vanhuuteen*, Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 208 s.

Eriksson, Katie. 1994, *Den lidande människan*. Stockholm: Liber, 120 s.

Erkinjuntti Timo et al. 2006, *Hyviä päiviä kotona: muistisairaudet*. Helsinki: WSOY, 153 s.

Forsberg, Christina & Wengström Yvonne. 2003. *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur, 216 s.

Hedberg, Merja et al. 2006, *Yksilöllinen turvaverkko dementoituneille EEVA-hanke – loppuraportti*, Etelä-Pohjanmaan Telelääketieteen Palvelukeskus ry, 120 s. Tillgänglig: [http://www.eptek.fi/materiaalit/Eeva/LOPPURAPORTTI\\_kaikki.pdf](http://www.eptek.fi/materiaalit/Eeva/LOPPURAPORTTI_kaikki.pdf). Hämtad 24.3.2011. Hämtad 23.3.2011

Järvikoski, Aila. 2008, *Kuntoutuksen perusteet*, Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 262 s.

Laatikainen, Tanja. 2009, *Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa*, Kelan tutkimuskeskus 66/2009. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy, 42 s.

Marshall, Mary. 1999, Technology to Help People with Dementia Remain in Their Own Homes. *State of the Art for Practice in Dementia*, höstnumret s. 85-87.

Miettinen, Reijo et al. 2003, *Tuotteesta työvälineeksi? Uudet teknologiat terveydenhuollossa*, Stakes: Gummerts Kirjapaino Oy, 173 s.

Muistiliitto. 2009, *Muistikoti – teknologiset apuvälineet muistisairaana kotona asumisen tukena*. Tillgängligt: [http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/muistikoti/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistikoti/). Hämtad 23.3.2011.

Mäki Outi et al. 2000, *Teknologia dementiahoidossa – eettinen näkökulma päätöksentekoon*, Stakes oppaita 37, Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 96 s.

Mäki, Outi et al. 2001, *Teknik för människor med demens – etiskt perspektiv på beslutsfattandet*, Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 90 s.

Nygård, Clas-Håkan et al. (red). 2007, *Näkökulmia hyvinvointiteknologiaan*, Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print, 151 s.

Nygård, Louise. 2009, The stove timer as a device for older adults with cognitive impairment or dementia: Different professionals' reasoning and actions. *Technology and Disability*, nr 21 s. 53-66.

Nygård, Louise & Starkhammar S. 2006, The use of everyday technology by people with dementia living alone: Mapping out the difficulties. *Aging & Mental Health*, nr 11 s. 144–155.

Orpwood, R. et al. 2007, Designing technology to support quality of life of people with dementia. *Technology and Disability*, nr 19 s. 103-112.

Roskala, Leena. 2010, Kotona mahdollisimman pitkään. *Terve potilas*, oktober-november s. 18–21.

Salminen, Anna-Liisa (red). 2003, *Apuvälinekirja*, Kehitysvammaliitto: Tammer-Paino Oy, 299 s.

Salminen, Lena. 2004, Hoivatyöntekijät ja asiakkaat eivät tunne auttavaa teknologiaa. *Dialogi*, nr 6 s. 18. Updaterat 17.4.2004. Tillgänglig: <http://dialogi.stakes.fi/NR/rdonlyres/0A583040-9AA4-4CF6-817E-89DFEE6005CD/0/dialogi20046.pdf>. Hämtad 24.3.2011.

Salminen, Anna-Liisa. 2008, Apuvälineiden mahdollisuudet on hyödynnettävä paremmin. *Helsingin Sanomat*, 29.3.2008

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2003, *Apuvälinepalveluiden laatusuositus*, Sosiaali- ja terveysministeriöiden oppaita 2003: 7, Helsingfors: Edita Prima Oy, 34 s.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2008, *Ikäihmisten palveluiden laatusuositus*, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3, 2 uppl., Yliopistopaino, 55 s.

Social- och hälsovårdsministeriet & Finlands Kommunförbund. 2008, *kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre*, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4, Universitetstryckeriet, 55 s.

Stakes. 2008, *Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa – Muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa*, Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 132 s.

Topo, Päivi et al. 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*, nr 19 s. 121–131.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi Anneli. 2009, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 6 uppl., Helsingfors: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 182 s.

Vuori, Ulla & Heimonen Sirkkaliisa (red.).2007, *Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle*, Suomen muistiasiantuntijat ry, nr 4, 103 s.

## **BILAGA 1**

### *Checklista för kvalitativa artiklar (Forsberg & Wengström 2003)*

#### **A. Syftet med studien?**

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja    Nej

#### **B. Undersökningsgrupp**

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (Inklusions- och exklusionskriterierna ska vara beskrivna)

Ja    Nej

Var genomfördes undersökningen?

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

Vilken urvalsmetod användes?

Strategiskt urval

Snöbollsurval

Teoretiskt urval

Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund)

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja    Nej



### **C. Metod för datainsamling**

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamling)?

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Beskriv:

Ange datainsamlingsmetod:

ostrukturerade intervjuer

halvstrukturerade intervjuer

fokusgrupper

observationer

video-/bandinspelning

skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja    Nej

### **D. Dataanalys**

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om:

teman är utvecklade som begrepp

det finns episodiskt presenterade citat

de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna

svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultaten diskuterade?

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja Nej

Finns stabilitet och överensstämmelser (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja Nej

### **E. Utvärdering**

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja Nej

Har resultaten klinisk relevans?

Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?

Ja Nej

Finns risk för bias?

Ja    Nej

Vilken slutsats drar författaren?

Håller du med om slutsatserna?

Ja    Nej

Om nej, varför inte?

Ska artikeln inkluderas?

Ja    Nej