

AKTIVITET SOM MÅL OCH MEDEL (Utbildningsmaterial)

1. När Social Omsorg fick en vårddimension

Forskning och klinisk praktik visar att *Kognitiva sjukdomar i form av demens* begränsar eller omöjliggör personernas förmåga att genomföra vanligt förekommande aktiviteter som de tidigare behärskade. Personal brukar känna sig rätt handfallna inför uppgiften att stödja denna patientgrupp till att vara aktiv i det dagliga livet och hur man kan arbeta med aktiviteter som vård samt förstå hur man anpassar aktiviteter så personen verkligen kan genomföra den.

Personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* kan förefalla vara omotiverade och inte sällan undandrar de sig erbjudande till att delta. Oftast handlar det om att personen tvivlar på sin förmåga efter att ha misslyckats alltför många gånger som en följd av sjukdomen och vill skona sig själv från ytterligare misslyckanden. En annan ”dold” orsak är påverkan på de exekutiva funktionerna som är ett paraplybegrepp för flera högre kognitiva funktioner, som bl a handlar om att kunna planera, organisera och genomföra en målinriktad aktivitet. Personen kan inte komma i gång i ett görande och/eller sätta ihop olika delmoment i en logisk följd av vad som ska genomföras.

För flera Kognitiva sjukdomar, bl a Alzheimers, ingår det i diagnoskriterierna att personen ska ha fått betydande praktiska problem i vardagen och det ska ha varat minst 6 månader samt utgöra en förändring jämfört med personens tidigare förmågor.

Svårigheter att kunna klara av att delta i och genomföra vardagliga aktiviteter är följaktligen en konsekvens av själva sjukdomen vilket primärt beror på försämring av de kognitiva funktionerna. Aktivitetssvårigheterna påverkar sekundärt självkänsla, självförtroende och känslan av värdighet. Upplevelse av frustration, förtvivlan, ilska, passivitet, sorg och tillbakadragenhet är vanliga följder.

En annan konsekvens av nedsättningen av de kognitiva funktionerna är de existentiella konsekvenserna som tar överhanden; blockeringar av händelseminnen i närtid leder till att den viktiga röda tråden av händelser från dåtid till nuet inte längre upprätthålls vilket är mycket skrämmande. Om personen har hamnat i den situationen kan denne varken greppa eller förstå nuet och den problematiken överskuggar allt annat. Personen är inte mottaglig för att delta i aktiviteter. Vi måste således veta i vilken ordning vi kan och ska göra vad. Vad

är det primära som personen behöver och vad är sekundärt? Först när personen har återfått en existentiell och psykologisk stabilitet - vilket primärt sker genom kronologisk, individuell reminiscens - kan man introducera aktiviteter.

De viktigaste **kognitiva funktionerna** (benämns ibland som *intellektuella funktioner*), kommer beskrivas utförligare nedan. Eftersom skador rörande de kognitiva funktionerna är själva orsaken till sjukdomen benämns de helt logiskt numera som "*Kognitiva sjukdomar i form av demens*" i stället för det äldre begreppet "demenssjukdomar". Ibland med förtydligande vilken slags kognitiv sjukdom som åsyftas eftersom det finns många undergrupper.

Med en **genomtänkt miljö, kunskap, rätt förhållningssätt och lämpliga vårdstrategier** kan man stödja personen till att vara aktiv, klara av och "lyckas" med många vardagssituationer, och därmed upprätthålla en känsla av kompetens trots de allvarliga funktionsnedsättningarna. Personen kan få uppleva stunder där denne känner sig frisk och "vanlig" igen, vilket förstås är hälsobefrämjande.

Sett utifrån ett kognitivt hälsoperspektiv är de två viktigaste fokusområdena **existentiell stabilisering** (som omnämns ovan, men inte togs upp djupare i just detta dokument), och att vi **möjliggör för personen att kunna vara aktiv i meningsfulla aktiviteter**.

Om vi som personal inte arbetar med dessa fokusområden kommer det motsatta inträffa; personen blir sämre i sin sjukdom än vad som hade behövt vara fallet. Vanliga reaktioner är då ökad oro, rastlös, utagerande, passiv, apatisk och ledsamhet m.m. För personer boendes i ordinärt boende, och som inte fått rätt stöd, är detta ofta orsaken till att denne måste flytta till ett särskilt boende tidigare än vad som hade behövt vara fallet.

I Socialdepartementets "*Nationell strategi för personer med demenssjukdom*" (2018-05-24) kan man t ex läsa följande:

"Det går inte att bota en demenssjukdom, utan syftet med hälso- och sjukvårdens och omsorgens åtgärder är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalité som möjligt under sjukdomens olika skeden.

Åtgärder inriktas på att lindra symtomen och att med stödinsatser kompensera för de (kognitiva*) funktionsnedsättningar som personer med demenssjukdom drabbas av."

*egen anmärkning. Underförstått att det är de kognitiva funktionerna som åsyftas

Enligt riktlinjerna från Socialstyrelsen är i nuläget de icke-farmakologiska vårdåtgärderna *förstahandsalternativet*. Först när personal/anhöriga har försökt allt – och när vet man det? Vem har mandatet och kunskapen att bedöma det? – kan det bli aktuellt med läkemedelsförskrivning. Ofta tycker personal att ”de har gjort allt”, men för att bedöma om så är fallet måste man ha kunskaper om vad som är möjligt och hur man arbetar med denna patientgrupp.

Det är således viktigt att all personal inser att när man arbetar med personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* finns en vårdaspekt hela tiden integrerad i den sociala omsorgen. Allt man gör och alla förekommande situationer har betydelse att de utförs med ”kognitiva kunskapsglasögon”. Arbetsuppgifterna har följaktligen de senaste åren fått en helt ny dimension; rätt utförda utgör vardagsuppgifterna i social omsorg **den viktigaste vården** som vi i nuläget kan erbjuda denna svårt drabbade patientgrupp. Å andra sidan kan personerna försämrats snabbare om det inte får den icke-farmakologiska vård de behöver.

Varje situation, varje interaktion mellan personal och vårdtagarna rymmer en vårddimension. Antingen blir de hjälpta / stärkta eller stjälpta / blir sämre.

Reflektionsruta 1. Hur ser miljön ut för de personer med kognitiv svikt där du arbetar? Vad är bra eller dåligt – och varför? Har ni resonerat om miljöns utformning och har ni en genomtänkt intention med den? Hur har ni i så fall tänkt och varför? Vad i er miljö kan vara försvårande och vad kan vara stödjande? Stödjer er miljö till aktivitet, i så fall hur? Ni själva och ert agerande är också en miljöfaktor. Hur resonerar ni kring det? Om du inte arbetar på ett äldreboende, dagverksamhet eller i hemtjänst så fundera fritt över frågorna.

När man bedriver vård uppstår nya krav på personalen. Det är inte längre bara Socialtjänstlagen som gäller, andra lagar och styrdokument tillkommer. En viktigt lag i detta sammanhang är *patientsäkerhetslagen*; som bl a stipulerar att patienter *inte ska skadas av vården de får* och *inte heller skadas för att vården inte genomför de åtgärder som är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd.*

2. Vad är aktivitet?

Aktivitet är egentligen ett komplext begrepp där man kan anlägga olika definitioner. I detta sammanhang kan man kanske säga att allt en person gör med

en medveten intention är en aktivitet. Däremot kanske intentionen inte alltid är begriplig för utomstående.

Forskning har t ex visat att bakom en del till synes planlöst vandrande och plockande som personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* ibland ägnar sig åt finns en stark upplevelsevärld och intention. Å andra sidan kan vandrandet även vara tecken på sysslolöshet, personen letar efter sitt rum eller vill ”hem”, smärta m fl tänkbara orsaker. Det krävs ofta en hel del av omgivningen för att tolka vad som ligger bakom ett beteende hos en person med *Kognitiv sjukdom i form av demens* för att förstå intentionen och tolka om det finns en upplevelse av meningsfullheten bakom handlandet.

Ovanstående definition möjliggör ett brett sätt att se på aktivitet och innebär t ex att ett samtal är en aktivitet liksom meditation/kontemplation. Även det som sker i ens inre kan således också utgöra en aktivitet och i allra högsta grad vara meningsfullt. Gerotranscendens är t ex exempel på en inre meningsfull aktivitet.

Den inre aktiviteten ökar ofta vid *Kognitiv sjukdom i form av demens* för yttervärlden upplevs alltmer obegriplig. Även här är det viktigt att försöka tolka om personen ägnar sig åt en sund inre verksamhet eller om det är tecken på att personen ”stänger av” yttervärlden för den är alltför obegriplig och svår att hantera. Det senare kan utvecklas till ett vegeterande tillstånd, vilket bör undvikas. Beteendet kan även handla om en begynnande depression. Det handlar således om att förstå att bakom till synes likartade beteenden och yttringar kan det finnas väsensskilda orsaker där vi ibland behöver gripa in och andra gånger uppmuntra.

Vardagsbestyr som att borsta tänder, klä på sig och liknande är förstås också aktiviteter. Vi värderar dock aktiviteter olika. Jag tror alla gör en viss skillnad mellan t ex borsta tänderna och spela dataspel, måla akvarell eller utöva något annat intresse. När vi är friska vill vi gärna ha en liten utmaning i det vi gör. Om något går på rutin blir vi lätt uttråkade, men första gången vi gör något nytt är det ofta spännande. Detta är även lätt att notera hos det lilla barnet som lär sig något nytt och den positiva reaktionen när denne behärskar något för första gången. När de väl behärskar uppgiften kan de sen ibland bli lite bekväma och vill att den vuxne ska göra det åt dem – det har blivit rutin och upplevs ganska ointressant.

Därmed kan vi även fastställa att det är skillnad på ”kan” och gör” – en analys som vi även tillämpar i arbetet med vårdtagare. Var dock observant på apraxi,

dvs en funktionsskada i hjärnan som medför att signalerna inte går fram som de ska till musklerna som ska utföra något. Det vilseledande i det fallet är att ibland fungerar signalerna och ibland inte. Vårdtagaren kan betraktas som lat och samarbetsovillig när denne inte gör något som denne kanske gjorde utan problem för några timmar sedan. Verbala kommandon eller instruktioner brukar inte hjälpa utan ger snarare motsatt effekt. Guidning, triggning av vissa muskelgrupper eller imitation kan däremot ibland fungera för att få i gång signalsystemet igen.

För en person som kanske har förlorat förmågan att borsta tänderna efter en olyckshändelse kommer det vara en enorm lyckokänsla att återigen efter mycket träning självständigt kunna borsta händerna. För vi vill kunna vara självständiga i de personliga göromålen. Hur vi värderar aktivitet är således relativt beroende på bland annat på vår hälsosituation.

En annan kvalitetsaspekt i aktivitetssammanhang, förutom behovet av att känna lagom utmaning och spänning, är om något är *roligt* och *lustfyllt*.

Personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* behöver sällan ”utmaningar” på det sätt som en kognitivt frisk person uppskattar eftersom de förstnämnda har avsevärda svårigheter med att klara av ens det basala och behöver inga extra utmaningar – snarare bör de undvikas. De behöver i stället tillrättalagda aktiviteter som gör att de lyckas – och de behöver massor med glädje och få göra sådant som de upplever är roligt.

Reflektionsruta 2. Fundera på begreppen ”Självförtroende” och ”Självkänsla”. Vad betyder de och är det någon skillnad mellan begreppen? Hur kan de relateras till aktivitet?

3. Meningsfullhet

Närbesläktat med det som sägs i stycket ovan är begreppet ”meningsfullhet” som människan har behov av att känna och som ofta omnämns i äldreomsorgens riktlinjer som något som vi ska försöka skapa för de äldre. ”Meningsfullhet” ska inte förväxlas med ”Meningen med livet”. Det senare är en stor fråga med ett existentiellt djup. Vi kan inte ha en ambition att åstadkomma ”Meningen med livet” för andra i vårt arbete, men vi bör beakta vikten av existentiella samtal om

bl a livet och döden. Däremot är det möjligt för oss att åstadkomma upplevelser som vård- och omsorgstagarna upplever som meningsfulla

Upplevelse av meningsfullhet är ett intressant begrepp och som alla värdeord behöver man på en arbetsplats tränga djupare in i dem och skapa en gemensam förståelse av begreppet och om dess innehåll. Först och främst bör man själv reflektera kring värdeord; vad betyder de för mig och sen samtala med andra. Vad säger www.svenska.se? AI? Finns det forskning på begreppen?

Man kan åtminstone göra två distinktioner; ”meningsfullhet i stunden” som kan handla om att få tröst när man är ledsen, sällskap när man är ensam eller dryck när man är törstig etc. Om basala behov är tillgodosedda handlar ”meningsfullhet” ofta om självförverkligande, nya upplevelser, umgås med vänner/familj eller utöva intressen man har av olika slag.

Reflektionsruta 3. Fundera på när du själv upplever meningsfullhet och varför? Fundera även på när du känner meningslöshet och varför? Vilka andra värde- eller kvalitetsord används inom äldreomsorgen eller förekommer av andra skäl på din arbetsplats? Vad betyder de för dig? Har ni på arbetsplatsen tillsammans pratat om olika värdeords betydelse och hur man förverkligar dem?

4. Aktivitet är nödvändigt för vår hälsa och välbefinnande.

Aktivitet är i flera avseende ett ”mål i sig”. Människan är i grunden en aktivitetsvarelse för annars skulle vi inte överleva. Vi lär oss av erfarenheterna. Efter att ha halkat på en isfläck är vi sedan försiktigare och undersöker nästa gång underlaget noggrant.

Vi lever i en fysisk värld och måste kunna samspela med den och våra möjligheter för att klara det beror bland annat på våra funktioner och förmågor. Dessa funktioner och förmågor måste underhållas och användas för att fungera. Vikten av denna stimulans ses enklast vad det gäller fysiska funktioner. Om vi inte är fysiskt aktiva förloras rörlighet, kondition och muskelstyrka m.m, vilket vi alla känner till. Det räcker med att bli sjuk i influensa några veckor så har flera av våra fysiska funktioner försämrats.

Vi har emellertid även andra funktioner och förmågor som vi kanske inte tänker på, men som också behöver användas och stimuleras. T ex att tro sig om att kunna göra val i livet och fatta beslut innebär att vi måste ges möjlighet att också återkommande göra olika val, prova, misslyckas ibland och lyckas andra gånger.

Om vi inte tränar på att göra val blir vi beslutsförmögna. Andra beslutar mer och mer åt en och man blir alltmer passiv. Samma sak gäller problemlösningsförmåga m fl funktioner. Funktioner och förmågor som inte används förtvinar. Vi kommer successivt få allt svårare att självständigt kunna hantera tillvaron och fungera som kompetenta, självständiga och ansvarsfulla vuxna.

Att bibehålla funktioner och förmågor, vilket förutsätter aktiviteter där de stimuleras, är således nära förknippat med hälsa. Detta utgör i sin tur en förutsättning för att vi ska klara vår existens – livet. Man kan därför se aktivitet, och att upprätthålla aktivitetsförmåga som ett viktigt mål i sig, men ibland går inte det av olika skäl som hög ålder, sjukdom eller skador. I vissa fall kan man kompensera med hjälpmedel. T ex är en rollator ett kompensatoriskt hjälpmedel när en person har försämrade gångförmåga, besväras av yrsel och/eller har dålig balans.

Reflektionsruta 4. Fundera på vilka sätt man kan stimulera förmågan för en person med *Kognitiv sjukdom i form av demens* att göra val och fatta beslut (något som är viktigt för att uppleva sig själv som en kompetent och vuxen människa). Fokusera på konkreta personer som du arbetar med och välj gärna personer i olika sjukdomsstadier. Kan man anpassa aktiviteten? Finns det kompensatoriska hjälpmedel?

Förutom direkt överlevnad är aktivitet viktigt på många olika plan. Bland annat existentiellt eftersom upplevelse av vår unika identitet är nära förknippat med vad vi har ägnat oss åt under livet. Aktivitetsvanor bidrar till att skapa en del av vår självbild – och andras syn på oss bidrar till det – vilket blir särskilt tydligt vid pensionering eller när en elitidrottsman/kvinna upphör med sin karriär. Många som slutar sin aktiva elitidrottskarriär eller annat man har ägnat mycket av sin tid åt, liksom vid pensionering, har beskrivit att de inte längre vet vem de är.

När en kär anförvant dör ser man allt oftare i dödsannonser aktivitetssymboler som visar vem personen var eller vad som var djupt förknippat med personen. Det är allt från kanot, golfklubba, djur, motorcykel, hammare, till sytrådsrulle och dans. Återigen ett exempel på nära koppling mellan aktivitet och identitet.

Vid *Kognitiv sjukdom i form av demens* förlorar man både roller och oftast även möjligheten att utföra tidigare aktiviteter från yrke eller fritidsintressen. Det är via inhämtad *levnadsberättelse* som vi kan få fram dylik information. Vem var

personen under sina vitala dagar? Intressen? Vad var viktigt, meningsfullt och värdefullt? Varit stolt över? Vilket liv har personen levt? Egenskaper? Värderingar? Vad är viktigt och värdefullt i nuläget? Vi behöver arbeta utifrån både dåtiden och nuet. Det man inte längre kan utföra, t ex bergsklättring, kan man i stället prata om, titta på foton, priser m.m.

Reflektionsruta 5. Fundera på de personer som du arbetar med som har en *Kognitiv sjukdom i form av demens* och vad det finns för viktiga aktiviteter i deras levnadshistoria som kan ha bidragit till att forma deras identitet och hur kan du i nuläget upprätthålla denna identitetsuppfattning? Om du idag inte arbetar aktivt med personer som har kognitiv sjukdom så fundera i stället kring någon äldre person i din närhet och tänk i samma banor.

Aktivitet är som ovan nämnt även ett mål i sig för att bibehålla vakenhet och sund hjärnhälsa. Hjärnan behöver få intryck från yttervärlden för att upprätthålla vakenhet och det får den genom stimulans via våra sinnen, dvs från syn, hörsel, smak, känsel och luktsinnet.

Nervsignaler från sinnestimuleringen går både till centra som bearbetar det specifika sinnesintrycket, t ex bearbetas synintryck i hjärnans nacklob där det tolkas det till en begriplighet (exempelvis ser en tavla), OCH samtidigt skickas sinnesintryckets signaler till ett område centralt i hjärnan som upprätthåller vakenhet.

Även personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* i sent stadium behöver stimulans. Från experiment vet vi även att hjärnan börjar hallucinera om den inte får sinnesintryck. **Vikten av sinnesstimulering blir särskilt viktigt när personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* befinner sig i sen sjukdomsfas.**

För att upprätthålla vakenhet och dygnsrytm för personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* är det bättre med små enkla och igenkänningsbara aktiviteter spridda över dagen än en stor. Även utifrån den kognitiva svikten - och då inte minst vad det gäller förmåga att upprätthålla uppmärksamhet och koncentration - är det bättre med kortare aktivitetsstunder. Det är mycket energikrävande att ha en *Kognitiv sjukdom i form av demens* så aktivitetens tidslängd är av betydelse. Det är också bra om man vid behov kan avbryta aktiviteten och fortsätta senare.

Återkommande igenkänningsbara och korta aktiviteter spridda över dagen ger även dagen en struktur att förhålla sig till. När man har ett inre kaos är det extra värdefullt med en yttre stabil, hållande struktur.

Ibland uttrycker personal på äldreboenden att personen med kognitiv svikt blir så orolig på kvällen efter utflykt med närstående eller deltagande i någon underhållning i samlingssalen. Det avgörande i detta fall är om personen tillgodogör sig aktiviteten medan den pågår!

Det som upplevs som oro på kvällen handlar då främst om att hjärnan har fått stimulans, ”vaknat till liv” från att kanske annars ha ganska lite input av stimuli till hjärnan. Om personen däremot har varit orolig under själva aktiviteten bör man fundera lite extra. Var det en olämplig aktivitet? Varade den för länge? Var det dagsformen just den dagen, eller...?

Reflektionsruta 6. Fundera på vad det finns för olika enkla aktiviteter som är tillämpbara och vilka sinnen och funktioner som stimuleras. Tänk också i olika stadier av sjukdomen eftersom sjukdomen progredierar, men **stimulans- och aktivitetsbehovet finns hela livet ut**, men sker i olika former. Det som fungerar i medelfas kanske inte fungerar i sen sjukdomsfas. Val av aktivitet måste omprövas vartefter sjukdomen fortskrider.

Utöver det som har beskrivits ovan finns det förstås andra exempel på hur aktiviteter är ett mål i sig.

5. Aktivitet som medel

Som ovan nämnt är den omgivande miljön en viktig del i vården för personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* och sammanhanget som denne befinner sig i. Miljön kan vara ett äldreboende, ordinärt boende, en sjukhusavdelning, en restaurang eller båtfärd o.s.v. Miljöns utformning rent fysiskt är av betydelse och sen vad som utspelas där, och då inte minst med de människor som personen interagerar med. Är miljön rörig med för mycket intryck (eller för lite intryck)? Miljön ska underlätta för personen att fungera så optimalt som möjligt så denne kan få upplevelser av att känna sig **frisk och kompetent**.

Miljön ska upplevas trygg, begriplig och kompensera för den kognitiva svikten, t ex underlätta orientering. Den ska locka till aktivitet samt ge upplevelser av olika slag.

6. Den sociala omsorgen är vården!

Det är ovant att tänka att den sociala omsorgen = vården. Det vänder upp och ner på det traditionella sättet som hittills har tillämpats i Sverige under modern tid eftersom en tudelning har skapats mellan hälso- och sjukvård (HSL) å ena sidan och å andra sidan socialtjänst (SoL). Olika lagstiftningar och olika journalsystem tillämpas för respektive verksamhet. Ofta föreligger barriärer mellan de olika verksamheterna.

Modern kognitiv vård kräver ett nytt sätt att tänka som går på tvärs med de befintliga strukturerna. Eftersom den omgivande miljön har en vårddimension är det inte något som sker enbart på vissa avgränsade stunder - även om man kan ha sådana specifika tillfällen också under dagen - utan det är ett område där ”behandling” är något ständigt pågående. Både hur miljön är utformad och vad som utspelas där är då av betydelse. Detta kanske låter ansträngande men som med allt kräver det i början en viss träning, men så småningom faller sig allt naturligt och blir en integrerad del i personalens arbets- och förhållningssätt.

Allt som undersköterskor m fl personalkategorier säger och gör har en mycket stor betydelse. Vi kan sammantaget t.o.m göra skillnad mellan ett plågsamt och ovärdigt liv, och ett acceptabelt gott liv som kan innehålla mycket välbefinnande och livskvalité. Drar vi det till sin yttersta spets kan det handla om skillnad mellan liv och för tidig död – så viktigt är vårt arbete!

Varje stund på dagen med en vårdtagare ger även värdefull information om personen som sen utgör underlaget för den vård vi ger. Det handlar således även om att notera förändringar i personens funktionsstatus och mående i stort vilket innebär att vi då och då måste förändra vården vi bedriver. Den informationen får vi främst genom att umgås med personerna.

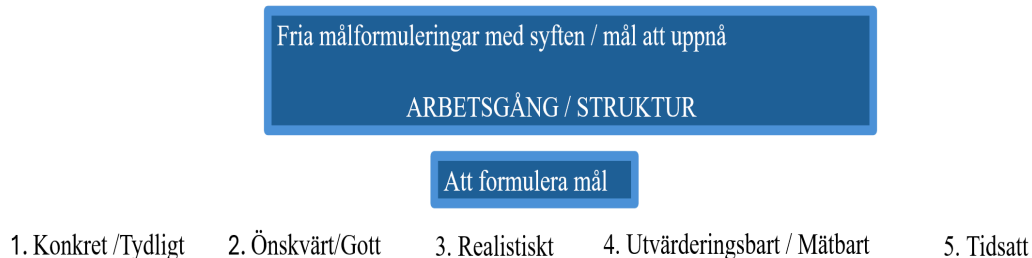
Reflektionsruta 7. Vilken information kan du få ut i olika situationer under dagen som i sin tur ger underlag för bemötande och aktiviteter samt andra vårdhandlingar? Har ni en systematik i hur ni samlar in information kring vårdtagarna? Hur går ni tillväga?

Eftersom allt som undersköterskor gör och säger är av största betydelse och får konsekvenser – positiva eller negativa – är det viktigt att man dels förstår sin

egen betydelse i förverkligandet av en kognitiv vård som håller hög kvalité, och dels att man bör sträva efter att bli allt *mer medveten* i det man gör och säger i sitt arbete. Låter det betungande? Jag skulle vilja säga att ju mer man upptäcker hur viktigt ens arbete är och vilka fantastiska effekter man kan skapa – särskilt om alla på arbetsplatsen drar åt samma håll – desto roligare och intressantare blir arbetet. Ni kan göra verklig skillnad, mer än ni dagsläget kanske inser.

För att öka sin medvetenhet i arbetet bör man ha en genomtänkt tanke med det man gör och säger. Både i stunden och för hur dagen är organiserad. ”Jag gör det här därför att...”, ”Jag samtalar om detta med N.N för att...”, ”Jag/vi har TV’n på för att...” – och UTVÄRDERA. Vad blev effekten? Vilken effekt ville ni uppnå?

Man kan se en glidande skala från att ha en genomtänkt tanke/intention/syfte med det man gör/säger till ett formulerat mål där personalen mer konsekvent arbetar med något som just nu är eftersträvansvärt att uppnå. Det senare kan således ses som något som man specifikt vill uppnå och arbetar med det under en begränsad tidsperiod. För att arbeta målinriktad behöver man följa en viss struktur, se exemplen nedan.



Förtydligande av kraven för själva målformuleringen

På svenska kan SMART uttydas som:

Specifikt; det uppställda målet ska vara tydligt och konkret formulerat. Delmål kan vid behov formuleras.

Mätbart; det *sätt* som man kan och avser att utvärdera att man uppnår det uppställda målet.

Accepterat eller Attraktivt, målet är något eftersträvanvärt och positivt för personen. *

Realistiskt, det är möjligt att uppnå målet och genomföra strategin/handlingsplanen.

Tidssatt, realistisk tidsram, tydligt slutdatum för utvärdering av målet och även för eventuella delmål.

**Helst ska personen själv uttrycka målen, men personer med kognitiva nedsättningar kan sällan själva formulera vad de behöver när det gäller konsekvenser av sjukdomen. Vi måste därför vara deras uttydare av vilka problem och behov som personen har; vilket ställer krav på oss att vi är lyhörda, inkännande, har adekvat kunskap och är moralisk grundade. Däremot kan ofta personen uttrycka sin vilja när det gäller aktivering och liknande stimulans.*

I praktiken växlar man mellan intentioner och syften som är strategiska och/eller genomtänkta av andra skäl i allmänna vardagssituationer (som utgör basen), och mera målinriktat fokus kring något specifikt man måste eller bör skapa en förändring kring.

En aktivitet ska inte vara planlös utan vara genomtänkt och med ett syfte. Tar du fram en bok och sätter dig med Karin för att titta i den tar du förhoppningsvis fram en bok som du vet att Karin är road av. Du kan hennes levnadshistoria och vet vad hon har varit intresserad av. Syftet kan t ex vara att Karin ska blir glad av att titta på bilderna från boken om det gamla Södermalm där hon växte upp och känner igen miljöerna. Minnena väcks.

Du låter Kurt smaka av soppan om den är lagom salt. Du vet att Kurt har älskat att laga mat och känner sig nu stolt över att bli tillfrågad om råd. I båda fallen var aktiviteterna ett **medel** för att få önskvärda effekter. Karin blev glad och kanske blev även minnestråden från dåtid och framåt stärkt. Kurt blev både glad och fick ökat självförtroende. Båda fick i aktiviteten även stimulera funktioner och förmågor samt fick sinnessignaler till vakenhetscentrum.

När en aktivitet används medvetet som i exemplen ovan blir det ett **medel** för något du/ni vill åstadkomma. Indirekt stärker du även de funktioner som ingår i genomförandet av aktiviteten och ökar välbefinnande m.m.

Reflektionsruta 8.

-Fundera ut exempel på när du har använt en aktivitet som medel och hade ett syfte med det alternativt hur du i fortsättningen skulle kunna göra.

-Fundera över vilka syften taktil massage kan ha; vilka effekter kan man få av den aktiviteten?

- Personer med Kognitiv sjukdom säger ofta nej till att delta i aktivitet. Vad kan du göra för att de ska komma över tröskeln och vilja delta?

7. Social gemenskap

Människan är en flockvarelse och behöver uppleva social gemenskap med andra, vilket ofta uppstår genom en gemensam aktivitet / gemensam upplevelse. Vid kognitiv sjukdom försvåras möjligheten till att vara aktiv. Man blir osäker på sin förmåga, är rädd för att göra bort sig, hänger inte med i samtalet, har svårt att hålla fokus en längre stund och blir snabbt hjärntrött.

Tips Läs igenom de två korta artiklarna om vikten av social gemenskap från Hjärnfonden. [Därför mår vi bra av sociala kontakter - Hjärnfonden](#)

Reflektionsruta 9. NÄR blir något en verklig social gemenskap? Alla vet att det inte blir en social gemenskap bara för att man sätter ett antal personer runt ett bord. Ge exempel på hur aktivitet kan vara ett medel för att skapa social gemenskap. Hur arbetar ni systematiskt med att uppnå social gemenskap? När i vårdprocessen är det lämpligt att arbeta aktivt med social gemenskap? Hur utvärderar ni om personerna upplever social gemenskap - att det har uppnåtts?

8. **Funktions- och förmågeanalys** – Vi behöver både kunna analysera vad en tänkt aktivitet kräver och om personen har de förutsättningar som behövs för att kunna klara av aktiviteten. I båda fallen handlar det om att analysera funktioner/förmågor som krävs för att genomföra aktiviteten och följaktligen som personen då måste ha.

Man kan se funktioner och förmågor som de byggstenar som krävs för att kunna utföra en aktivitet – och därför varierar ”byggstenarna” såväl mellan olika aktiviteter som mellan olika personers förutsättningar att klara av att genomföra en aktivitet. Även hos en och samma person kommer dennes funktioner och förmågor se olika ut under sjukdomens olika faser. Det kan också handla om dagsformen. Funktioner och förmågor är färskvara!

När det handlar om funktioner i aktivitetssammanhang brukar man prata om *fysiska, mentala/psykiska* och *kognitiva* funktioner. Om en aktivitet genomförs tillsammans med en eller flera andra människor krävs ofta även *sociala* funktioner.

Fysiska funktioner: är bl a syn, hörsel, ledrörlighet, känsel, muskeluthållighet, muskelstyrka, kondition/cirkulation, balans och koordination. Utvidgat kan man prata om greppfunktion (precisions- respektive styrkegrepp eller fin- och grovmotorik), arm- och benfunktion m.fl.

(Förmåga är ytterligare mera sammansatt och förekommer i olika komplexa grader – ett ”görande”: Att kunna lyfta ett mjölkpaket, klä på sig, sätta sig på toaletten etc.)

Mentala/psykiska funktioner: Bland annat att mobilisera motivation, kunna ta initiativ, ha självförtroende att tro sig om att klara något, planera, strukturera och organisera för genomförandet, kunna rikta sin uppmärksamhet, hålla fokus och upprätthålla koncentration. Påbörja och slutföra, göra val och fatta beslut, stresstålighet och kunna hantera såväl med- som motgångar.

Sociala funktioner: Kunna samspela med andra människor, iaktta social konvens, kommunicera med ömsesidighet, kunna lyssna, invänta, visa respekt, klara turtagning, mentaliseringsförmåga* med flera.

*Mentalisering är ett psykologiskt tankeverktyg som innebär att kunna ”se sig själv utifrån och andra inifrån”. Det handlar om att kunna se sociala situationer utifrån olika perspektiv och kan delas upp i tre delar:

1. Att förstå sig själv: Hur kommer det sig att jag reagerar och agerar såhär? Vilka tankar, känslor, behov och tidigare erfarenheter påverkar mitt beteende just nu?
2. Att förstå hur andra uppfattar dig: Hur påverkar mitt beteende min omgivning?
3. Att förstå andra: Hur kommer det sig att han/hon reagerar och agerar sådär? Vilka tankar, känslor, behov och tidigare erfarenheter påverkar dennes beteende just nu?

Kognitiva funktioner. Eftersom det är dessa funktioner som främst påverkas vid *Kognitiv sjukdom i form av demens* uppmärksammas dessa särskilt i denna information.

Kognition innebär att genom mentala tankeprocesser ”lära känna” något och det som främst är viktigt för människan är att lära känna sin omgivning/yttervärlden och det gör vi via våra sinnen. Sinnesintrycken bearbetas i hjärnan, jämförs med tidigare erfarenhet och ges en innebörd – en information.

Kognition är således en process för *informationshantering* som ger oss underlag och vägledning i vårt handlande och utan den skulle vi vara helt isolerade från yttervärlden. Inte kunna existera eller samspela med världen. Inte heller kunna skydda oss från faror och hot – helt enkelt inte överleva!



Kognition handlar om att beskriva och förstå hur tänkandet bearbetar information och kunskap.

Till så kallade kognitiva funktioner hör bl.a:

- Varseblivning (Tolkningsförmåga)
- Minne
- Koncentration
- Uppmärksamhet
- Simultankapacitet
- Exekutiva funktioner
- Inläring
- Numerisk förmåga

- Språkförmåga
- Abstraktionsförmåga
- Logik
- Problemlösning
- Begreppsbildning, resonande, beslutsfattande
- Orienteringsförmåga; tid, rum, plats, situation, person
- Spatial förmåga

Kommentarer till några av funktionerna:

- *Varseblivning/perception* innebär tolkning av sinnesintryck och fungerar varseblivningen kan vi ge det upplevda en korrekt innebörd - under förutsättning att det är något som är bekant sedan tidigare. Ligger det en smörgås på bordet så tolkar vi det som en smörgås och inte servett. Obs; felaktiga tolkningar kan uppstå bland annat på grund av syn- och hörselnedsättningar vilket då inte är en kognitiv funktionsnedsättning.
- *Minnet*. Vi har olika minnesfunktioner. Dels **korttids-** respektive **långtidsminne**. Vid kognitiv sjukdom får personen initialt främst problem med att minnas händelser som personen har varit med om i *när*tid Sammanhang går förlorade liksom den röda tråden som knyter ihop nuet med såväl dåtid som framtiden. Detta är djupt ångestfyllt och utgör en av de allvarligaste konsekvenserna vid *Kognitiv sjukdom i form av demens*.

Vi har ett **arbetsminne** (utgör en del av korttidsminnet) när vi processar något i nuet. Det är flyktigt och klarar inte distraktioner. Vi ska glömma oväsentligheter för annars blir hjärnan överhettad. Viss information förs emellertid vidare in i **långtidsminnet**. Hjärnan är selektiv vad det gäller vad som är värt att spara i **långtidsminnet**. Primärt sparas den kunskap och information som är viktigt för vår *överlevnad* och det vi på annat sätt anser att vi kan *ha nytta av*. Även sådant som vi *tycker är roligt*, kan t ex handla om ett fritidsintresse, lagras in. Slutligen lagras *känslomässigt starka upplevelser in* – *både positiva och negativa*.

Vi kan symboliskt se långtidsminnet som en byrålåda. I översta lådan ligger minnen från händelser som vi har varit med om i livet. Denna minnesfunktion kallas det **episodiska minnet** (händelseminnet). Livet består av en lång rad episoder, händelser. Man kan se denna funktion som ”dagboksminnen”. Man lagrar händelser som man varit med om och då främst sådant av betydelse och/eller som ofta har berört oss känslomässigt.

Det är detta minnessystem som först påverkas och med betoning på det jag har varit med om i närtid. Medan minnen från uppväxten kan vara mera motståndskraftiga och består bättre. Successivt blockeras minnen allt längre tillbaka. När minnesstrukturen för det som nyligen har ägt rum

är fragmenterad och saknar stabilitet söker sig hjärnan till minnen längre tillbaka i tiden. Kanske 30 – 40 år tillbaka eller längre än så. **Dessa minnen blir då verkligheten! Inte nuet för det saknar begriplighet!**

I andra lådan återfinns inlärd kunskap och allmänbildning, namnen på svenska kungar, att bokstaven ”k” kommer före bokstaven ”t” o.s.v. Detta minnessystem kallas det semantiska minnet, **kunskapsminnet**. Denna minnesfunktion bevaras längre. Personen kommer kanske inte ihåg att dottern besökte honom för några timmar sedan men kan svara utmärkt på frågorna i ”På Spåret” på TV.

Man kan exemplifiera skillnaden mellan detta minne och det ovanstående genom följande. Episodiskt minne: Jag var i London på semestern och besökte där flera intressanta sevärdheter samt gick på musikalen ”The Phantom of the opera” som var fantastisk. Semantiskt minne: London är huvudstaden i Storbritannien. Storbritannien är ett land i Europa.

I tredje byrålådan finns procedurminnet och det handlar om ett görande som vi har lärt oss och *där motorik har varit involverad*. Ofta har det varit lite mödosamt med inläringen, t ex att lära sig simma, cykla, spela gitarr. Detta minne är längst bevarat. En person med långt gången *Kognitiv sjukdom i form av demens* kan ofta traktera instrument, t ex spela piano om denne har behärskat detta tidigare.

Som personal bör man beakta de olika minnessystemen när man bedriver aktiviteter. Var befinner sig personen i sjukdomsprocessen? Kan denne t ex svara på enklare frågesport? Vad har personen tidigare gjort där motorik har varit involverad och som inte är alltför svårt kognitivt? Diska? Kratta löv? Spela gitarr?

Det finns också något som kallas ”**perceptuellt minne**”, d.v.s minne för föremål m.m.

- *Simultankapacitet*. Kunna göra flera saker samtidigt.
- *Numerisk förmåga*. Förstå pengars olika värden, kunna räkna. Hantera olika slags mått, deklarerat m.m.

- *Språklig förmåga*. Uttrycka och förstå. Förståelsen försvinner snabbare än förmågan att uttrycka sig. Man kan tekniskt sett läsa ganska länge, men förlorar så småningom förmåga till att tolka och ge ett innehåll till det lästa. Dessutom behöver man kunna *minnas* det man har läst för att ha någon behållning av det.
- *Logiskt tänkande*. Förstå och se sambandet mellan orsak och verkan.
- *Problemlösningsförmåga*. Kräver ofta ett logiskt tänkande, men också förmåga till analys, abstrahera och kunna dra slutsatser.
- *Exekutiva funktioner*. Det är ett paraplybegrepp som på ett övergripande plan samordnar olika kognitiva funktioner på ett ändamålsenligt sätt, bl a när vi ska genomföra en målinriktad aktivitet vilket kräver en organisation, struktur och planering av delmoment och ibland även vissa förberedelser m.m. Aktiviteter som innehåller ett ”görandet” består av en början och ett slut. Däremellan finns ett antal delmoment. Bara att bre en smörgås består av flera moment eller borsta tänderna. Personen med *Kognitiv sjukdom i form av demens* får problem med att organisera och sätta ihop de olika delmomenten.

Reflektionsruta 10. Fundera ut vilka delmoment som finns i att borsta tänderna och göra en leverpastejsmörgås med inlagd gurka på. Från start till färdig.

- *Abstraktionsförmåga*. Kunna skapa bilder i huvudet av något som inte finns konkret i rummet. Vi kan samtala om att vi båda har besökt Paris och jämföra våra erfarenheter, t ex hur det var att bestiga Eiffeltornet. Dömde domaren rätt i VM-finalen i fotboll? Samtal sker överhuvudtaget ofta på en abstrakt nivå.

Abstraktion handlar även om att förstå symboler på spis, strykjärn, tvättmaskin och mikrovågsugn/spis m.fl. Hantera betalkort, mobil och TV's fjärrkontroll. Vi lever i en alltmer digitaliserad värld där symboler är vanligt.

Tänkandet hos en person med kognitiv sjukdom bli successivt alltmer konkret. T ex kan en person med kognitiv sjukdom tolka det som syns på TV som att det sker på riktigt i rummet. Detta kan i sin tur leda till att omgivningen felaktigt tolkar det som att personen har fått vanföreställningar eller hallucinationer.

- *Spatial förmåga*. Kunna tänka i 3 dimensioner, att det finns ett djup, höjd, och bredd. Kunna orientera sig geografiskt (både ute och inne). Även lägesförhållande överhuvudtaget som bredvid, under, framför och bakom.

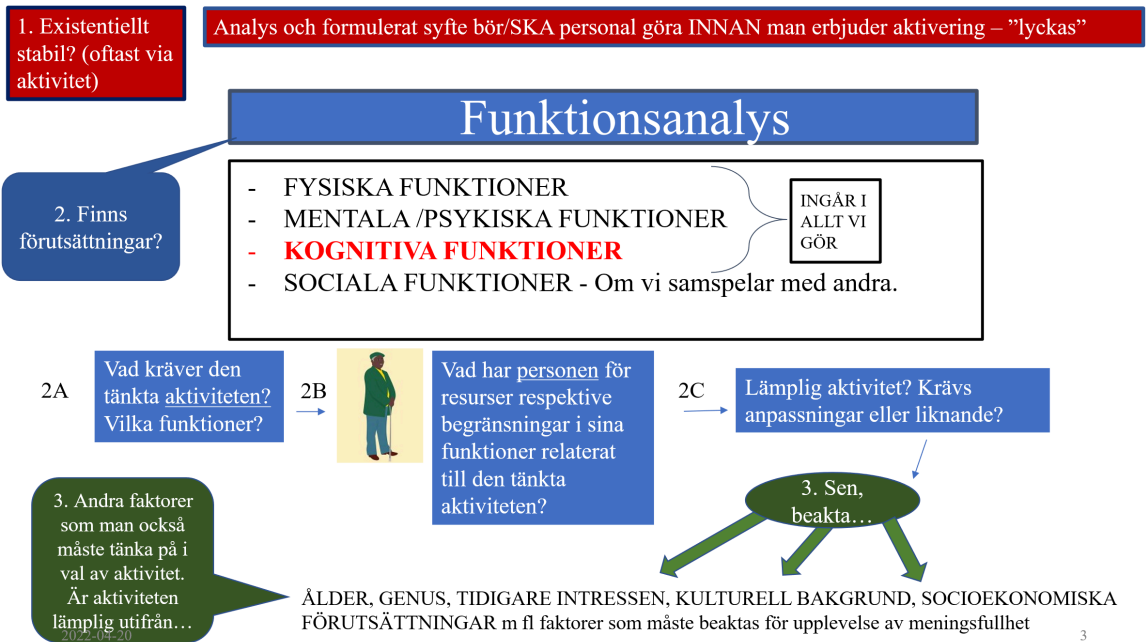
Observera att vissa funktioner återfinns både som psykiskt/mentalt och kognitivt, men eventuella nedsättningar beror på olika orsaker. Dit hör t ex initiativförmåga, koncentration, uthållighet, uppmärksamhet, planera och genomföra. Både för personer med psykisk ohälsa respektive personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* kan dessa funktioner påverkas negativt, men för den förstnämnda gruppen beror det inte på en hjärnskada. I alla fall inte inledningsvis men det finns kemiska förändringar i hjärnan.

Vi vill att en person med kognitiv sjukdom **ska lyckas** med det vi erbjuder dem att göra eller delta i och då **måste vi innan** ha analyserat personens resurser och svårigheter på funktions- och förmågenivå i förhållande till vad den tänkta aktiviteten kräver. Finns förutsättningarna för att personen kommer kunna klara av aktiviteten?

Själva funktionsanalysen utgör första steget, men sedan måste vi även beakta om personen kommer uppleva aktiviteten som meningsfull. Vi måste då bland annat ta hänsyn till ålder, genus, uppväxten, sociokulturen och tidigare intressen.

I Socialdepartementets strategidokument nämndes vikten av att kompensera funktionsnedsättningarna för att kunna ge rätt stödinsatser vilket förutsätter att man har kunskap om olika funktioner – var för sig men även om hur de samspelar. Utan kunskap om de olika kognitiva funktionerna är det lätt hänt att vi inte förstår personens beteende, behov eller dennes sätt att uppleva världen – än mindre kan vi utan kunskap ge rätt vård och stöd.

Översikt bild av aktivitetsanalys



Resurser – Hur ska vi hinna, räcka till? En återkommande fråga.

Det är oerhört mycket mera arbetsamt att arbeta på en enhet där personerna med *Kognitiv sjukdom i form av demens* är oroliga, rädda, förvirrande, agiterande, står vid dörren och ska "hem" än att arbeta "förebyggande", strukturerat och genomtänkt. En förutsättning för att lyckas med vården och ha en dräglig arbetssituation är bland annat att all personal hjälps åt, drar åt samma håll, har samma kunskaper, använder tiden rätt och genomtänkt. Det är att rekommendera att det finns någon form av övergripande vårdprogram som vägledning och styrning.

Det finns en smärtgräns för hur få personal man kan vara, men dessbättre är det faktiskt ganska få enheter där den smärtgränsen är nådd. Ju färre personal man är desto viktigare är det att man använder rätt arbetsmetoder och arbetar

samstämmigt. Det blir inte per automatik en bra vård, en lugnare avdelning eller mindre tungt för att man har en hög bemanning.

Reflektionsruta 12. Reflektera över hur övriga faktorer (ålder, genus, etnicitet...osv) kan påverka och hur du bör beakta nämnda aspekter om du ska bedriva aktivitet med personer som har en demenssjukdom

Till sist :

Socialstyrelsen har lanserat en Nationell värdegrund som består av orden: *Värdighet och Välbefinnande.*

Reflektionsrutan 12. På vilket sätt är värdena ”värdighet och välbefinnande” hotade för en person med demenssjukdom?

Ge exempel på hur aktivitet kan påverka i positiv eller negativ riktning för personer med *Kognitiv sjukdom i form av demens* när det gäller deras värdighet och välbefinnande. Utgå från vårdtagare du arbetar med.

Ann-Charlotte Frey, Leg. Sjuksköterska och Leg. Arbetsterapeut

Mail: dementiacare.acf@gmail.com. www.freiki.org

Detta kompendium har handlat om det ena av de två allvarliga konsekvensområdena vid *Kognitiv sjukdom i form av demens*, dvs försämrade aktivitetsförmåga. Det andra allvarliga området, existentiella konsekvenser, beskrivs i powerpointen ”Reminiscens” (www.freiki.org)

EXISTENTIELL stabilitet - Begriplighet