



Oslo kommune

Fagveileder

- observere, forstå og tilrettelegge ved endringer i kognitiv funksjon



3. utgave legges ut på Oslo kommunes Proportal våren 2019.

Fagveilederen er skrevet av psykiatrisk sykepleier Kirsti V. Solheim. Faglig veileder har vært spes. psykolog Per Kristian Haugen ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Fagveilederens 1. utgave, som også inneholdt Psykisk funksjon, ble utviklet og skrevet av psykiatrisk sykepleier Kirsti V. Solheim i samarbeid med sykepleier Grethe Giæver i VEG-prosjektet 2011-2014. Faglig veiledere var psykiater Oscar Sommer og prof. dr. med. Knut Engedal ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Senter for
fagutvikling og forskning



Utviklingssenter for sykehjem
og hjemmetjenester Oslo

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

Fagveilederen har to hovedhensikter:

- å bidra til at helsepersonell får kunnskap om og forståelse for hvordan kognitiv svikt kan påvirke en persons atferd i hverdagen. Gjennom ny kunnskap og forståelse kan helsearbeiderens behandleratferd (1) bli mer målrettet og sikre at personer med demenssykdom opplever seg sett, hørt og akseptert.
- å bidra til at helsepersonell har nok kunnskap til å bruke de kognitive begrepene i sitt daglige arbeid. Ved å bruke *felles* faglige begreper på den atferden som oppstår ved kognitiv svikt, kan helsepersonell lettere observere hva de ser og kommunisere dette med hverandre på en faglig god måte, både muntlig og skriftlig, framfor å beskrive at en person: *roter, er rar* etc. Slik kan alderistiske (2) holdninger samtidig forebygges.

Begrepene vil, etter som ny kunnskap kommer til, endres over tid.

Datainnsamling/kartleggingsarbeid:

Hovedsymptomet ved demenssykdom er kognitiv svikt. Sykdommen er i de fleste tilfeller progredierende, dvs. at den kognitive svikten vil øke over tid.

OBS: Kognitiv svikt kan være fremtredende symptom også ved andre kurerbare sykdommer, slik som stoffskiftesykdommer, depresjoner, delirium etc.

Helsearbeider er forpliktet til å dyktiggjøre seg, kontinuerlig, også på å kartlegge både kognitiv og psykisk funksjon, slik at rett behandling kan gis til pasienten, til enhver tid.

Hensikten med å kartlegge kognitiv svikt er at helsepersonell skal unngå å kreve noe av personen som ikke lenger mestres. Vel så viktig er å kartlegge gjenværende kognitive ressurser, slik at disse brukes systematisk til å tilrettelegge for mestringsopplevelser. Gjennom en slik kontinuerlig innsamling av data kan primærkontakt, om mulig, i samarbeid med personen med demenssykdom, skrive en tiltaksplan med utgangspunkt i *Personsentrert omsorg*, som i dag er nedfelt som et mål i de Nasjonale retningslinjene av 2017. Et slikt kartleggingsarbeid kan i tillegg bidra til å hindre utvikling av katastrofereaksjoner (= utfordrende atferd).

(1) **Behandleratferd:** Helsepersonell sin væremåte/atferd i samhandling med personen med demens. Personsentrert omsorg omhandler i stor grad kunnskap om egne verdier/holdninger, samtidig med en forståelse og innsikt i hvordan egen atferd påvirker relasjonen til personen med demenssykdom - på godt og vondt. Min behandleratferd kan fremme gode relasjoner, men også det motsatte, med mindre jeg tar hensyn til den andres personlighet, mestringskapasitet og ikke minst den andres kognitive svikt og gjenværende ressurser. Det er et mål at helsearbeiderens behandleratferd skal være identitetsbevarende og respektfull. Eller sagt på en annen måte: Det er ikke hva jeg gjør men hvordan, som er det viktige!

(2) **Alderisme:** Med alderisme menes at man har en negativ oppfatning av aldring. I vestlig kultur finnes det mange negative myter og fordommer rundt det å eldes (Engedal, 2002). Alderisme er en parallell til «rasisme» (etnisk diskriminering) og sexisme (kjønnsdiskriminering) (Daatland et al, 2006). I miljøer hvor ungdomsidealene blir sterkt fremhevet, kan eldre lett føle seg ubrukelige og verdiløse. De kan kjenne seg mer skrøpelige enn det de i virkeligheten er! Ut fra psykososial aldringsteori kan den gamle speile samfunnets syn ved å bli slik samfunnet forventer, en slags selvoppfyllende profeti. (Engedal, 2002)

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

Hvordan opplever personen med demens å leve med sin sykdom?

Hvordan oppleves det gradvis å miste evnen til:

- å få med deg en lengre setning som andre sier ... og hele tiden måtte spørre: Hva ...?
- å tenke ut en tanke fordi du blir distraheret av det du ser, hører, føler, men også at tankene forsvinner ...?
- å planlegge for å kunne utføre de enkleste ting, slik som rekkefølgen på et morgenstell, dekke til frokost, skrive handleliste ...?
- å kunne tenke logisk og abstrakt, i fortid og i framtid ...?
- å tolke/forstå *lyder* som telefon, dørklokke, kopper som klirrer og dører som åpnes/lukkes, eller å kunne tolke det du *ser*, slik som dagligdagse gjenstander som tannbørste, glass, barbermaskin etc. ...?
- å tolke/forstå diverse *ord* som andre bruker når de snakker til deg...? Slik som «sett det i KJØLESKAPET», «skru på TV ...?»
- å kjenne igjen ektefelle, barn, barnebarn ...?
- å snakke, fordi ordene gradvis forsvinner ...?
- å huske egen livshistorie, fordi minnene svinner hen ...?
- å forstå/ha innsikt i at du nå er hjelpetrengende og at andre «tar over» livet ditt ..?

Personer med demenssykdom utvikler intellektuell svikt men ikke nødvendigvis følelsesmessig svikt.

Det motsatte av mestring er nederlag. Hyppige nederlag kan føre til at personen blir fortvilet, utrygg, føler seg dum og personen kan reagere med uro, angst, irritabilitet og søvnproblemer. Personen vil kjempe for sitt liv ved å kompensere for svikten, strebe etter å mestre, å være god nok! Denne «kampen» blir ofte definert av omgivelsene som «utfordrende atferd». Resultatet kan bli økt prestasjonsangst med påfølgende selvkritikk, skam, eksistensiell ensomhet og til slutt redusert selvfølelse.

Eks. sitat: «*Det er ikke noe morsomt at hele kommunen er nede i buksene dine ...!*»

Normal aldringsprosess:

Med økende alder skjer det en del normale endringer som ikke kan eller skal defineres som sykdom:

- | | |
|--------------|--|
| Tempo: | Ved økende alder svekkes tempo, som fører til at vi <i>oppfatter, tenker og responderer</i> langsommere. Det er store individuelle forskjeller. |
| Læringsevne: | Eldre personer kan lære like godt som yngre, men de trenger mer tid og repetisjon, og noen er mindre interessert i å lære ting de ikke lenger har nytte av. I Fagveilederen står begrepet <i>Læring</i> beskrevet under punkt 2. |
| Hukommelse: | Normalt bevares hukommelsen langt inn i alderdommen. Noe svekkes, slik som evnen til å huske navn, steder og personer, med unntak av de som står personen nærmest. |

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3. utgave - vår 2019

Oppmerksomhet: I Fagveilederen står begrepet: *Oppmerksomhet* beskrevet under punkt 1. *Fokusert oppmerksomhet* bevares relativt godt inn i alderdommen, mens *delt oppmerksomhet* reduseres gradvis. Eks.: Den eldre generasjon kan være flinkere i hoderegning enn yngre, men hvis noe må gjøres samtidig blir det vanskelig. Evnen til å gjøre/ha fokus på flere ting på samme tid reduseres med økende alder.

Hvordan bruke Fagveilederen:

- Fagveilederen kan brukes som et redskap til å få mer kunnskap om kognitiv funksjon og hvilke konsekvenser kognitiv svikt kan få for personer som er rammet av demenssykdom.
 - Fagveilederen skal brukes som en hjelp til å kartlegge både kognitiv svikt og gjenværende kognitive ressurser.
 - Kartleggingsarbeidet skal utføres i daglig samhandling med personen med demenssykdom, ved at helsepersonell snakker med og observerer personens atferd i dagliglivets situasjoner. I Nasjonale retningslinjer (2017) står det bl.a. at Personsentrert omsorg og behandling i praksis innebærer at alle omsorgsnivå og ledd i tjenesteapparatet har et personale med nødvendig kompetanse, kommunikative og relasjonelle ferdigheter. Vær klar over at graden av kognitiv svikt utvikler seg over tid og kan variere i løpet av døgnet etter situasjon, personens dagsform og omgivelsene sin måte å møte personen på, dvs. helsearbeiderens *behandlertatferd* (1).
 - Fagveilederen består av tre kolonner:
 - Venstre kolonne: I denne kolonnen vil leser finne begrepets navn, eksempel: AGNOSI.
 - Midterste kolonne: I denne kolonnen står begrepet definert.
 - Høyre kolonne: I denne kolonnen står beskrevet eksempler på hvilke konsekvenser aktuell svikt kan få for en person i hverdagen. Denne teksten er ment som en hjelp til leser for å forstå og kjenne igjen hvordan den enkelte kognitive funksjon kan vise seg i praksis, dvs. atferd, for personen som er rammet. På samme sted står noen forslag til tiltak.
 - Det er laget et skjema i Gerica (OK_Miljøbeh_kartlegging Kognitiv funksjon) som kan brukes som støtte i kartleggingen. Skjemaet bygger på Fagveilederen. Venstre og midterste kolonne er lik. I høyre kolonne er teksten fra veilederen tatt vekk slik at det er rom for å skrive ned sine observasjoner.
 - Forskjellige fagmiljøer bruker forskjellige navn/begreper på lik funksjon. I Fagveilederen har vi tatt hensyn til dette og nevnt samme funksjon med flere begrep. I tillegg er begrepet skrevet både på latin og norsk. Noen av begrepene er gamle og noen er nyere, men de brukes fortsatt om hverandre.
- OBS:** Symptomene påvirker hverandre gjensidig og må sees på som en helhet. Selv ved bruk av tester og skalaer vil kognitiv svikt være komplisert å kartlegge. Det er fortsatt mye vi ikke forstår om hvordan hjernen fungerer, noe som gjør at Fagveilederen vil bli revidert jevnlig.

Lykke til!

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

BEGREPER:	DEFINISJON:	KONSEKVENSER FOR PERSONEN – EKSEMPLER & TILTAK:
1. OPPMERKSOMHET: Oppmerksomhetsevnen kan deles inn i to typer:	Grad av våkenhet i daglig fungering, oppmerksomhet for nye stimuli og evne til å holde fast på en oppgave uten å la seg distrahere av andre stimuli	Forutsetning for evne til oppmerksomhet er at personen er våken. Å være våken er det motsatte av å sove, eller å ha mistet hele eller deler av bevisstheten. Det å være konsentrert for å gjennomføre oppgaver i dagliglivet innebærer at både den fokuserte- og delte oppmerksomheten er intakt. Sviktende oppmerksomhet er antakelig den vanligste årsaken til det som kalles menneskelig svikt i forbindelse med ulykker. OBS: Vekslende våkenhet med kognitiv reduksjon er et av hovedsymptomene ved Delirium!
1.1 - Fokusert oppmerksomhet:	En persons evne til å holde fast på en oppgave uten å la seg påvirke av forstyrrelser	Personen med demens kan få utfordringer med: - å følge med i en lengre samtale, uten å la seg distrahere av det som skjer rundt - å holde fokus på en aktivitet over tid, slik som å vaske opp, lese avisen, se et TV-program ferdig ol. uten å la seg distrahere av det som skjer rundt - å delta, for eksempel i fellesmåltider eller andre gruppeaktiviteter, uten å la seg distrahere av det som skjer rundt. Kommentarer og tiltak: Jo eldre vi blir jo mer øker behovet for søvn og hvile. I tillegg blir vi mer sårbare for kroppslige sykdommer, legemidler og smerter, som igjen påvirker vår oppmerksomhet. Siden en eldre kropp tåler mindre enn en yngre kropp, vil en eldre person lettere bli trøtt, døs, passiv og fraværende. Ved demensutvikling blir hjernen ekstra sårbar for stimuli, spesielt syn/bevegelser og lyder, og må derfor skjermes. Unngå situasjoner og aktiviteter som krever mye konsentrasjon. Legg til rette for enkle konkrete aktiviteter, i rolige omgivelser. Personer med nedsatt <i>fokusert oppmerksomhet</i> kan fortsatt mestre mye hvis de får hjelp til å «være i situasjonen». La personen få sitte på et rolig sted evt. alene eller ved å ha kun en støtteperson sammen med seg.
		Husk på: Svikt i <i>fokusert oppmerksomhet</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingssåte og egen behandlingsatferd ut fra situasjon og progresjon av funksjonen.

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandlertatferd, skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
1.2 - Delt oppmerksomhet:	En persons evne til å holde oppmerksomheten rettet på <u>flere forhold</u> samtidig. Og/eller kunne ha to tanke-rekker i hodet på samme tid ...	Personen med demens kan få utfordringer med: - å registrere flere ting på samme tid, slik som når en går tur (beveger seg) og samtidig skal ha fokus på det som blir sagt i en samtale - å oppfatte beskjeder, hvis for eksempel helsepersonell samtidig utfører handlinger og bevegelser, slik som å hente vann, ta fram klær eller rydde nattbord - å spise ferdig under fellesmåltider, pga at det er mye bevegelser og lyder rundt som distraherer. Kommentarer og tiltak: Å holde fokus på en ting/samtale/hendelse og samtidig registrere det som skjer rundt, i både nær og fjernere omgivelse, blir i økende grad vanskelig. Unngå å rydde bord, evt. gjøre ting rundt personen når beskjeder gis. Stå stille om nødvendig, ha øyekontakt, berør gjerne den andres arm/skulder for å sikre at du får personens oppmerksomhet når du informerer eller gjør noe <i>med</i> personen. Ved behov bruk i tillegg få ord, tydelig og langsom tale. Husk tempo! (Se s. 2: <i>Normal aldringsprosess</i>). Sjekk ut, hvis mulig, om den andre har fått med seg det du sa, <i>før</i> handling. Lyder/samtale/språk kan <i>ikke sees</i>, mens alle former for bevegelse sees! Det er derfor lettere at vår oppmerksomhet, ved svikt, søker mot bevegelse, framfor å lytte til ord og lyder! Vær ekstra oppmerksom under fellesaktiviteter som måltider og andre gruppeaktiviteter. Reduser antall stimuli i rommet, både syn og hørsel. Snakk en av gangen og påse at bakgrunnsstøy blir fjernet eller reduseres, slik som telefoner, ringeklokker, TV og radio, oppvaskmaskin ol. Kartlegg at sansene er intakt, spesielt syn og hørsel! Og, vær oppmerksom på at bruk av radio og TV kan forstyrre, spesielt under fellesaktiviteter. OBS! For mye støy/stimuli under måltider kan føre til at sårbare personer blir så distraheret at de glemmer å spise egen mat. Når andre er ferdig med å spise, kan personen med demens på grunn av nedsatt delt oppmerksomhet sammen med redusert prospektiv hukommelse (se punkt 3.5.2: <i>Prospektiv/planleggingshukommelse</i>) bli mer opptatt av hva «naboen gjør». Når «naboen» reiser seg for å gå, kan personen med demens følge etter, uten å ha spist opp maten. Registreres ikke dette av

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		personalet kan pasienten bli underernært og uttørket (=dehydrert) selv om det er nok mat og drikke! Husk på: Svikt i <i>delt oppmerksomhet</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærningsmåte/behavioratferd ut fra situasjon og progresjon av funksjonen. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke lenger mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behavioratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
1.3 - Neglekt:	Neglekt er svekket oppmerksomhet for stimulering fra den ene siden av kroppen.	Som oftest har neglekt sammenheng med hjerneslader i høyre hjernehalvdel, med redusert oppmerksomhet for venstre side. Ved neglekt ser en hele synsfeltet med begge øyne, men er mer oppmerksom og har konsentrasjon rettet mot det som skjer på den friske siden. En hyppig årsak er hjerneslag, og derfor vil en kunne se neglekt i tidlig fase av demens som skyldes hjerneslag
1.3.1. Visuell neglekt = Romneglekt	Svekket oppmerksomhet for synsinntrykk fra omverdenen, fra den ene siden av synsfeltet ...	Personen med demens kan få utfordringer med: - at gaffelen på den ene siden av tallerkenen oversees, men ikke kniven på motsatt side - å spise all maten på tallerkenen, ved å overse halve tallerkenen. Andre kan begynne å spise av naboens mat, for er ikke oppmerksom på sin egen tallerken - å lese skrift fra den ene siden mot den andre <u>Eksempel:</u> * En kvinne med visuell neglekt, fikk sengen sin plassert slik at hennes oppmerksomhet var inn mot veggen og ikke ut i rommet hvor døren var. Når noen kom inn på rommet så kvinnen kategorisk inn i veggen. Tiltaket ble å flytte sengen ... * En mann med hjerneslag, innlagt sykehjem, utviklet lettere kognitiv svikt, lammelser og motorisk afasi (se punkt 5: <i>Språk</i>). Han ble plassert i rullestol, ved et vindu, slik at hans venstre side vendte mot naturen utenfor. Personalet opplevde pasienten slitsom, da han daglig satt og lagde høye lyder! I forbindelse med storrengjøring ble mannen flyttet til en ny plass og ble tilfeldigvis plassert slik at hans høyre side vendte ut mot fellesarealet inne. Da opphørte ropingen! Mannen hadde utviklet visuell neglekt og trodde han var alene! Stoler og seng ble etterpå plassert slik at han oppfattet omgivelsene og personene rundt seg og ble trygg.

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		Kommentarer og tiltak: Ved <i>visuell neglekt</i> plasser gjenstander og møbler slik at personen har en mulighet til å bli oppmerksom på.... Ved kommunikasjon stå på riktig side av personen , og sørg for å ha øye-kontakt før noe gjøres/sies. Vær i forkant, under måltider, ved å la personen sitte ved enden av bordet framfor å sitte på midten, på langsiden. Sett maten litt mot den friske siden, framfor rett foran ol. Prøv deg fram! OBS! <i>Visuell neglekt</i> kan forveksles med <i>synsfeltutfall</i>, hvor deler av synsfeltet ikke lenger registreres. Ved synsfeltutfall kompenserer personen ved å dreie hodet for å se. Ved neglekt skjer ikke slik kompensering. Synsfeltutfall og neglekt kan opptre på samme tid. Sjekk ut! Kartlegg om sansene er intakt, spesielt syn og hørsel! Personer med visuell neglekt skal ikke kjøre bil! Husk på: <i>Visuell neglekt</i> kan oppstå plutselig. Kartlegg og juster tilnærmingmåte/behandlertatferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter sykdom og vær bevisst personens livshistorie/ biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandlertatferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
1.3.2. Kroppsneglekt:	Svekket oppmerksomhet for sanse-stimulering fra den ene siden av <u>egen kropp</u> , som smerte, berøring og kroppsstilling	Personen med demens kan få utfordringer med: - å barbere hele ansiktet og barberer kun halve ... - å tørke seg rundt hele munnen etter et måltid, og tørker kun halve munnen ... - å registrere/oppfatte smerter, for eksempel ved trykkbelastning ved langvarig sengeleie eller når sitter lenge i stol ... Kommentarer og tiltak: Hvis personen har kroppsneglekt og er mye sengeliggende, vær obs på faren for liggesår og at personen antakelig ikke vil signalisere smerter. Evt. trykkbelastning vil registreres kun fra den friske siden, med nedsatt oppmerksomhet mot den andre siden. Ta forholdsregler og observer daglig. Det samme gjelder hvis personen skal sitte lenge i stol. Unngå at tøy skrukker og/eller gnager og at kroppsdelene kommer i klem.

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		Husk på: <i>Kroppsneglekt</i> kan plutselig oppstå. Kartlegg og juster tilnærmingmåte/behavioratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behavioratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
2. LÆRINGSEVNE:	Evnen til å lære, huske, lagre (innprentning) å «hente opp igjen» kunnskap/erfaringer	Læring er en forutsetning for å kunne huske. Noe læres umiddelbart etter en gjennomgang, mens andre ting må læres over tid. Vi lærer gjennom bruk av sansene våre. Noen lærer best ved å høre, mens andre lærer best ved å lese. Noen lærer best hvis det brukes farger, bilder og symboler, mens andre lærer best gjennom å skrive/gjøre. Læringsbegrepene henger nøye sammen med hukommelsesfunksjonene.
2.1. Innlæring:	Evne til å tilegne seg <u>ny</u> kunnskap	Personen med demens kan få utfordringer med: - å lære nye rutiner, som kildesortering av søppel med fargekoder for papir, plast og restavfall - å lære bruk av nye gjenstander som mikroovn, kaffetrakter ol. - å lære seg <i>nye</i> matoppskrifter - å lære hvordan bruke diverse hjelpemidler som <i>nye</i> innlegg ved inkontinens, medisindosett, inhalator, komfyrvakt, trygghetsalarm og evt. annen velferdsteknologi. Kommentarer og tiltak: Å lære nytt krever flere funksjoner slik som <i>språk</i> (se punkt 5: <i>Språk</i>), forståelse (se punkt 6: <i>Agnosi</i>), oppmerksomhet (se punkt 1: <i>Oppmerksomhet</i>) og ikke minst evne til å lagre det nye som er lært. Et <i>bevis</i> på at <i>noe</i> er lært, er at det <i>lærte</i> kan hentes opp igjen. I tidlig fase av en demens-utvikling vil mange fortsatt kunne lære nytt, men det krever hyppig repetisjon (se s. 2: <i>Normal aldringsprosess</i>). Det er lettere å lære hvis personen samtidig får mulighet til å <i>gjøre</i>, ikke bare <i>høre</i>! Kartlegg/prøv ut/observer evne til innlæring over tid. Hyppig repetisjon er viktig også for å vedlikeholde dagens kunnskaper/erfaringer/minner. Når evnen til å lære nytt begynner å svikte, forebygg ved å hindre at personen kommer i slike situasjoner. Unngå å kommentere det som ikke mestres, avled og legg i stedet til rette for mestring i den grad det er mulig. Vurderes bruk av velferdsteknologi? Kartlegg, over tid om personens evne til innlæring er intakt. Hvis et hjelpemiddel skal brukes ofte (= hyppig repetisjon → se punkt 3.4: <i>Gjenkjenning</i>), kan det <i>gjøre</i> det lettere å

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		huske/lære, enn om hjelpemiddelet brukes sjelden. Hjelpemiddel må utprøves grundig og systematisk over tid. (Se Senter for fagutvikling og forskning - Almas hus /). OBS: Hvis fargede plastposer skal brukes ved sortering av søppel så sjekk ut at personen ikke er fargeblind! Husk på: Svikt i <i>innlæring</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingstype/behavioralferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke lenger mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behavioralferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
3. HUKOMMELSE:	Evnen til å hente frem det en har lært	Hukommelse er et komplisert og sammensatt begrep. Vi husker ikke bare fakta, men også følelser knyttet til opplevelser og situasjoner. Vi husker forskjellig. Noen husker mer enn andre, noen husker best lyder, andre husker hvordan ting ser ut, mens andre igjen husker tall bedre enn tekst etc. Vi husker bedre det som har interesse for oss selv, særlig ved økende alder (se side 2: Normal aldringsprosess). Tradisjonelt har en skilt mellom korttidshukommelse (KTH) og Langtidshukommelse (LTH). KTH er hukommelse med sekunders varighet mens LTH er hukommelse over minutter, dager og mange år. I denne Fagveilederen vil KTH bli inndelt i to undergrupper, men i daglig tale holder det at personalet bruker samlebegrepet: Korttidshukommelse (KTH).
3.1. Korttidshukommelse:	Umiddelbar hukommelse/minne. Å huske det du er opptatt av her og nå - opptil <u>et par minutter</u> . Å holde tanken fast.	Personen med demens kan få utfordringer med: - å glemme hva holdt på med, når er på vei for å hente noe i rommet ved siden av - å holde fokus/tråden i det som gjøres, f.eks. under morgenstell, når dekker bord, deltar i samtale etc. - å holde samtaler i gang, for glemmer etter kort tid hva som skal sies, bytter tema eller stopper opp <u>Eksempel:</u> Personen finner fram et telefonnummer, slår nummeret, får kontakt og begynner samtalen. Telefonnummeret er glemt! OBS: Noen ganger vil informasjonene som fanges opp i KTH bli glemt i løpet av få sekunder, andre ganger lagres informasjonen i LTH

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

Korttidshukommelsen kan inndeles i to undergrupper: 3.1.1. Primærhukommelse: 3.1.2. Bearbeidingshukommelse = <i>Arbeidshukommelse</i>:	Primærhukommelse er kortvarig lagring av informasjon, <u>uten</u> bearbeiding Bearbeidingshukommelse/Arbeidshukommelse er kortvarig lagring av informasjon, <u>med</u> bearbeiding	Kommentarer og tiltak: <i>Korttidshukommelse</i> handler om å huske hva en holder på med her og nå, for så å glemme det. Korttidshukommelsen kan igjen inndeles i to: * <i>Primærhukommelsen</i> er å huske noe umiddelbart, for så å glemme det, slik som eksempelet i teksten over viser. <i>Primærhukommelsen</i> er en enkel umiddelbar funksjon, som kan testes ved at man ber en person gjenta 5 til 6 forskjellige tall etter hverandre, noe som er normalt å kunne for personer over 70 år. * <i>Arbeidshukommelse</i> forutsetter at en i tillegg til å foreta en enkel, kortvarig lagring av informasjonen, kognitivt bearbeider stoffet der og da. Når vi mottar sanseinntrykk, er det sjelden vi forholder oss til kun én faktor i det daglige. Vi må kontinuerlig velge ut og bearbeide informasjonen i det mangfold av stimulering som vi til enhver tid utsettes for. Dette vil være en forutsetning for at læring, forståelse, tenkning og mer varig hukommelse kan finne sted. Testing av <i>Arbeidshukommelsen</i> kan gjøres ved å be personen gjenta samme tallrekke baklengs, noe som krever mer kognitiv bearbeiding enn motsatt. (Engedal & Haugen, 2018, s. 32) Kommentarer og tiltak: <i>Korttidshukommelsen</i> har begrenset lagringskapasitet og er knyttet til det du er opptatt av her og nå. Ved de fleste demenssykdommer vil <i>primærhukommelsen</i> bevares lenge, og personen kan prestere like godt som når vi sammenligner med normalbefolkning, helt opp mot moderat fase i et demensforløp. Ved tidlig svikt av <i>korttidshukommelsen</i>, vil det som regel være <i>bearbeidingshukommelsen</i> som svikter. Hvis personen i tillegg til redusert <i>korttidshukommelse</i> også har svikt i funksjonen: <i>Delt oppmerksomhet</i> (se punkt 1: <i>Oppmerksomhet</i>) er det viktig at personen ikke blir distraheret av bevegelser, lyder etc. i omgivelsene, når beskjeder skal gis og/eller oppgaver skal utføres. Slik som under måltider; når viktig informasjon skal mottas; under morgenstell; toalettbesøk etc. For sårbare personer betyr det at helsearbeideren må stå stille, evt. ha øyekontakt når informasjon gis. <i>Korttidshukommelsen</i> kan være intakt, men svikt i evnen til <i>delt oppmerksomhet</i> (se punkt 1.2.: <i>Delt oppmerksomhet</i>) gjør at personen ikke får med seg beskjeder eller instruksjoner, hvis det samtidig skjer bevegelse/lyder i omgivelsene. Alltid, på en respektfull og tålmodig måte, gjenta og repeter det som skal gjøres.
---	--	--

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		Husk på: Svikt i <i>Korttidshukommelsen</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingstype/behavioratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke lenger mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Fokuser i tillegg på personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behavioratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
3.2. Langtidshukommelse: = Fjernhukommelse	Langtidshukommelse betegner bevaring og gjenkalling av minner og kunnskaper over tid	Personen med demens kan få utfordringer med: - å huske og spør stadig om det samme og gjentar seg selv - å huske hva som skjedde i går, for en uke siden eller for mange år siden - å huske at hjemmetjeneste, ektefelle/barn var på besøk i dag, i går eller for en uke siden - å huske om legemidler er tatt eller ikke - å huske hvordan trygghetsalarmen skal brukes - å huske om har spist middag og spør stadig etter Kommentarer og tiltak: Langvarig læring er når det en har vært med på, lest eller sett, overføres til <i>Langtidshukommelsen</i>. Det innebærer å huske fra noen minutter, timer, dager, måneder, år; til å huske langt tilbake i tid, slik som barndom. Begreper som brukes for å beskrive et slikt tidsspenn er <i>nær- og fjern langtidshukommelse</i>. <i>Langtidshukommelsen</i> er avhengig av evnen til å lagre det som er innlært og å ta det lærte fram i nye situasjoner. Dvs. å hente fram minner fra noen få minutter siden og tilbake til barndom. Ved demenssykdom er det den <i>nære</i> langtidshukommelsen som svikter først. Svikten kan vise seg som vekslende eller permanent tap. Ved permanent tap, fortell det glemte, framfor å spørre. Hvis tapet er mer vekslende, unngå direkte spørsmål, men still mer åpne spørsmål som: «Jeg mener mannen din heter Peder eller ...?» Ved en slik tilnærming bidrar vi til at personen får hjelp til å huske via evne til gjenkjenning, og vil selv kunne bekrefte spørsmålet (se punkt. 3.4: <i>Gjenkjenning</i>). Slik oppleves mestring og verdighet, framfor nederlag. Personens evne til å gjenkjenne kan brukes som en ressurs.

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

Langtidshukommelse inndeles i tre hovedgrupper:		Husk på: Svikt i <i>Langtidshukommelsen</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærningsmåte og behandleratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke lenger mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
3.2.1. Semantisk hukommelse: = Faktabasert hukommelse	Hukommelse for allmenne faktakunnskaper	Personen med demens kan få utfordringer med: - å huske navnet på hovedstaden i Belgia; fargene i det danske flagget; navnet på Norges største elv ol. - å huske grunnleggende elementer vedrørende matlaging, som å koke poteter, lage saus ol. - å huske/kjenne igjen bilder av kjente ansikter/personligheter som kong Håkon eller kong Olav, kjente politikere ol. Kommentarer og tiltak: Den <i>semantiske hukommelse</i> bevares relativt lenge. Særlig for kunnskaper som tidligere er lært <i>utenat</i> eller som det er knyttet personlig interesse til, slik som visse sportsresultater hvis man er sportsinteressert, dikt, geografi ol. Et hovedmål i miljøbehandling ved demenssykdom er å bidra til at personen bevarer sin identitet. Å ha kunnskap om hva personen har hatt glede av tidligere i livet (= <i>personlige positive preferanser</i>) som for eksempel sport, geografi eller diktlesning bør vedlikeholdes for personen, i den grad det er mulig. Snakk om, lag gjerne aktiviteter rundt aktuelle temaer, se på bilder sammen med personen osv. NB! Gjentatte repetisjoner gjør det lettere å huske, også for personer med demenssykdom. Husk på: Svikt i <i>semantisk hukommelse</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærningsmåte og behandleratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke lenger mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

3.2.2. <i>Episodisk hukommelse:</i>	Hukommelse for enkelthendelser en selv har vært med på i nær eller fjern fortid	Kommentarer og tiltak: <i>Episodisk hukommelse</i> er informasjon, kunnskap som er knyttet til dagligdagse hendelser og opplevde følelser i våre liv. Episoder som har hatt betydning, setter følelsesmessige spor og huskes lengre enn episoder som har hatt mindre betydning. Minner om levd liv er en vesentlig del av et menneskes identitet. Hendelser/episoder fra tidligere i livet kan minnes via lyder, farger, form, bilder, bevegelse, verbale utsagn, glede- og/eller smertefølelse fra livets forskjellige situasjoner. Personer med demens utvikler gradvis intellektuell svikt, men ikke nødvendigvis følelsesmessig svikt. Den <i>emosjonelle</i> (= følelser) «hukommelsen» bevares ofte lenge, og den kan benyttes aktivt i miljøarbeidet. Bli kjent med personen gjennom samtale. Hvis det er vanskelig så er kanskje <i>Personopplysnings-skjema</i> tidligere blitt fylt ut? Her vil deler av personens livshistorie stå beskrevet. Bruk opplysningene som samtaletemaer under samhandling med personen. Skjemaet finnes som mal i Gerica: 3548-OK-Miljøbeh_kartlegging Personopplysnings-skjema Skjemaet kan også hentes her: https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/?page=4 Aktivt minner som personen har positive følelser til gjennom samtale og aktivitet. Slik kan angst reduseres, selvfølelse og selvrespekt bevares. OBS! For noen består livet mer av vonde, enn av gode minner. Tidligere smertefulle opplevelser kan komme til overflaten på flere måter. Det kan være ord som blir sagt; gjenkjennende og traumatiske bilder på TV; bilder av personer som minner om...; lukt; musikk etc. Vær bevisst egen behandleratferd, slik at du unngår å åpne «dører til lukkede rom». Unngå aktivt å «trekke fram» negative opplevelser/hendelser, da dette kan vekke til live smertefulle minner og forvirrende tanker som personen ikke lenger mestrer å håndtere og som i stedet kan føre til katastrofereaksjoner. Hvis/når vonde minner likevel kommer fram, ta imot, vær til stede, trøst, men ikke grav. La all samhandling i situasjonen foregå på den andres premisser, dvs. validér. Vær spesielt observant på våre nye landsmenn. Mange har med seg tung bagasje med relativt ferske, smertefulle opplevelser fra krig, terror, overgrep, miljøkriser ol. Vær i tillegg oppmerksom på at eget stress og alderistiske holdninger (se side1: <i>Alderisme</i>) ubevisst kan prege egen behandleratferd negativt. <i>Episodisk hukommelse</i> sammen med evnen til å gjenkjenne er nyttige ressurser i miljøbehandlingen hvis de brukes sammen (se punkt 3.4: <i>Gjenkjennings-evnen</i>).
--	--	--

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		<u>Eksempel:</u> Hvis helsepersonell har mer fokus på å bli ferdig med «oppgaven» enn å se personen, kan pasienten oppleve samhandlingen som både ubehagelig, skremmende og nedverdiggende. Situasjonen kan oppleves så smertefull, at personen, på et senere tidspunkt kan kjenne igjen helsearbeideren og føle ubehag, bli engstelig, uten eksakt å huske hvorfor! Husk på: Svikt i <i>episodisk hukommelse</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingssåte og behandleratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
3.2.3. Prosedural hukommelse: = Rutine- eller = Ferdighetshukommelse	Overlærte handlinger som vi har gjentatt om og om igjen til de utføres automatisk, nærmest som en rutine	Personen med demens kan få utfordringer med: - å handle, hvis rutinene rundt handlingen endres - å gjennomføre personlig hygiene, hvis rutiner, gjenstander og omgivelser endres <i>Prosedural hukommelse</i> kan brukes som en ressurs ved at helsearbeidere og pårørende legger til rette for: - å la personen få bade framfor å dusje hvis det er en innlært vane - å la personen koke kaffe framfor å trakte, hvis det er en innlært vane - å la personen foreta morgen- og kveldstell (personlig hygiene) mest mulig likt tidligere praktiserte vaner og med gjenkjennbart utstyr - å la personen, så langt som mulig, beholde sine vaner ved toalettbesøk, mavereregulerende rutiner, søvnmonster etc. <u>Eksempler:</u> * Gjennom hele sitt voksne liv hadde en eldre kvinne med demenssykdom bodd i leilighet uten bad. Daglig vasket hun seg på kjøkkenet ved bruk av vaskevannsfat og såpeskål. Ved hjelp av kjent utstyr og omgivelser mestret hun stort sett stellet selv. Ved innleggelse på sykehjem tok helsearbeidere over og begynte å dusje kvinnen. Kvinnens protester ble definert av personalet som «utfordrende atferd». Etter kort tid ble resultatet at de måtte være to helsearbeidere for å gjennomføre stellet, mot at hun tidligere mestret det meste selv.

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

	Når kvinnen ikke lenger fikk vedlikeholdt egne rutiner rundt personlig hygiene forsvant etter hvert de innlærte handlingene/rutinene (= <i>prosedural hukommelse</i>) og kvinnen måtte ha varig hjelp! * En mann med demensdiagnose, innlagt sykehjem, nektet å vaske seg om morgenen og reagerte med irritasjon og sinne. Han nektet å spise frokost, hverken alene eller sammen med medpasienter. Det viste seg at mannen var gammel fisker. Hans morgenrutiner gjennom et langt liv hadde bestått i: Stå opp, kle på seg, reise ut på sjøen, kaste garn, spise frokost, jobbe, levere fisk på bruket, reise hjem, stelle seg for så å spise middag med familien. Da personalet fikk kjennskap til mannens tidligere innlærte morgenrutiner, la de om egne rutiner til å bli mest mulig likt det mannen var vant til. Det som personalet hadde opplevd som «utfordrende atferd» forsvant og både mann og personalet fikk en bedre og roligere hverdag. * En eldre kvinne hadde gjennom et langt liv hatt søvnproblemer og klarte seg med 4-6 t. pr. natt. Hun la seg alltid kl. 23 og leste i et par timer før hun sovnet og våknet rundt kl 06-07. På sykehjemmet fikk hun sovemedisin kl 21 og måtte legge seg kl 22.00. Kvinnen sovnet, men våknet igjen midt på natten og var da lys våken, noe som opplevdes utfordrende av nattevakten. Ved å gi kvinnen sovemedisin kl. 24.00 løste problemet seg, for alle parter. Kommentarer og tiltak: <i>Prosedural hukommelse</i> er å huske, nærmest automatisk, tidligere innlærte ferdigheter, slik som rutiner rundt personlig hygiene, å kjøre bil, lage frokost, middagsoppskrifter etc. Automatiserte handlinger bevares relativt godt, langt inn i et demensforløp. <i>Prosedural hukommelse</i> er en viktig ressurs i miljøterapeutisk arbeid, fordi handlingene er så innøvd at personen verken trenger å <i>tenke eller forstå</i> for å utføre dem. Mye av det som helsepersonell opplever som <i>utfordrende atferd</i> skjer i samhandling, under stell, toalettbesøk og under måltider. Å vedlikeholde innlærte vaner i forbindelse med søvn, personlig hygiene/stell og mageregulering er derfor viktig for at personen skal få en best mulig hverdag. For å få dette til vil noen i tillegg trenge at omgivelser/utstyr er mest mulig gjenkjennbart; at det gis muntlig veiledning underveis i aktiviteten; at helsearbeider er modell når nødvendig og at det tilstrebes at personalet har mest mulig lik behandlertatferd i samhandlingen. Slik tilnærming forutsetter god dokumentasjon i tiltaksplanen. Vær klar over at deler av en større handlingssekvens kan være intakt selv om andre deler av handlingen svikter.
--	---

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		<u>Eksempel:</u> * Personen med demens kan mestre deler av et morgenstell, men likevel trenge veiledning eller hjelp underveis til andre deler av stellet. * Personen kan mestre å dekke på til frokost, men finner ikke fram til hvor utstyret står. Hvis derimot tallerkener, glass, bestikk etc. blir satt fram på benken, mestrer personen å dekke på bordet. NB En god behandlingsregel er at det er helsearbeideren som må tilpasse seg personen med demenssykdom og ikke omvendt! Husk på: <i>Prosedural hukommelse</i>, i forhold til hverdagens aktiviteter, må sees på som en ressurs som kan bevares langt inn i et demensforløp under forutsetning av at den holdes vedlike ved repetisjon. Kartlegg og juster tilnærmingmåte og behandleratferd ut fra progresjon av funksjonen. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
Det er ulike måter å hente fram det vi har lært/opplevd. Disse måtene er: 3.3. Gjenkalling:	Å huske spontant uten hjelp fra omgivelsene	Personen med demens kan få utfordringer med: - å fortelle spontant om familie og minner fra tidligere i livet - på eget initiativ, å fortelle og/eller gjøre aktiviteter som å koke kaffe, lage mat, bake ol. - å fortelle spontant, om et debattprogram på TV for flere dager siden Kommentarer og tiltak: Gjenkalling handler om evnen til å hente fram tidligere lært informasjon i nye situasjoner, uten hjelp/påminnelser fra omgivelsene eller annen hjelp til å huske. Evnen svikter relativt raskt, og vil også forverres raskt ved de fleste demenssykdommer. Svikten vil føre til utfordringer i dagliglivet for personen. Når personen gradvis mister evnen til å gjenkalle kunnskaper/erfaringer, unngå å spørre eller forvente at personen kan. Hjelp i stedet til ved bruk av gjenkjenning ved å vise fram redskap, peke på, vær modell, fortell eller snakk om (se punkt 3.4: <i>Gjenkjenning</i>). Evt. avled

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		til noe annet som mestres eller normaliser det som ikke mestres på en naturlig og verdig måte. Husk på: Kartlegg og juster tilnærmingstype og behandleratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
3.4. Gjenkjenning:	Å bruke detaljer i omgivelsene (ytte stimuli) som hjelp til å huske (å kjenne igjen)	Evnen til å gjenkjenne er en ressurs som kan benyttes i dagliglivet ved at personen får: - koke kaffe hvis vant til å koke kaffen (OBS: Brannfare > Komfyrvakt) - bruke velkjent kjøkkenutstyr framfor nytt når lage mat - beholde kjent radio, TV og fjernkontroller, framfor å kjøpe nytt - hjelp til å huske ved at navn, gjenstander, steder blir snakket om <i>ofte</i> (= repetisjon) - spise frokost sammen med helsearbeider, når nødvendig, slik at helsearbeideren kan være modell for hvordan drikke av kopp, spise brødskeiv ol., for deretter hvis mulig mestre selv (se punkt 6: <i>Agnosi</i>). - barbere seg med gammelt og kjent utstyr, framfor nytt utstyr - stille seg mest mulig likt tidligere rutiner <u>Eksempel:</u> * En eldre kvinne på sykehjem klarte ikke lenger å bake den hvetekringlen hun hadde bakt gjennom et langt liv. Døtrene tok med kjente kjøkkenredskaper hjemmefra (gammel brun keramikkbolle, tresleiv, boks til mel, fersk gjær etc.) Etter hvert, når utstyret ble satt fram og omgivelsene tilrettelagt, mestret kvinnen å bake kringlen, kun med litt støtte fra helsearbeider. Kommentarer og tiltak: Mye av det som tidligere er lært, ligger lagret og kan hentes fram igjen via evne til gjenkjenning. Vi bruker alle sanser for å gjenkjenne et tema, en gjenstand eller en tidligere hendelse ved å <i>se, høre, føle, smake og lukte</i>. Det er lettere å hente fram tidligere innlært kunnskap hvis du «gjør» og/eller «ser», framfor kun å høre. Evne til <i>gjenkjenning</i> brukt sammen med <i>episodisk hukommelse</i> (se punkt. 3.2.2.), og <i>prosedural hukommelse</i> (se punkt 3.2.3.) knyttet opp til følelser, situasjoner og episoder tidligere i livet, bevares relativt lenge ved en demensutvikling. Dette er

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

	gode basisressurser som kan brukes i alt miljø- og erindringsarbeid for å skape gode opplevelser og mestring. Å vedlikeholde rutiner, sammen med evnen til å <i>gjenkjenne</i>, særlig i forbindelse med personlig hygiene, kan forebygge katastrofereaksjoner (= utfordrende atferd). La personen få utføre dagliglivets oppgaver/handlinger så lenge som mulig ved å tilrettelegge mest mulig likt det personen har gjort før, særlig i tidlig til moderat fase av sykdommen. Å bevare en persons identitet er et hovedmål i Personsentrert omsorg. Dette kan gjøres ved å hente kunnskap om pasienten bakgrunn, interesser og vaner. Den viktigste kilden er fra personen selv. Hvis personen selv ikke kan formidle, kan kanskje nære pårørende bidra ved å fylle ut personopplysnings-skjema (se punkt 3.2.2: <i>Episodisk hukommelse/Personopplysnings-skjema</i>). Dette kan gjøres slik: <u>Eksempel:</u> * Fru Hansen glemmer ofte mannens navn, noe helsearbeider vet. For at fru Hansen skal oppleve mest mulig mestring bruker helsearbeideren evne til <i>gjenkjenning</i> gjennom teknikken: Åpne spørsmål ved å spørre: <i>Mannen din, heter han Peder, eller ...?</i> Ved å fortelle – som et spørsmål, får fru Hansen, via <i>gjenkjenning</i>, en mulighet til å huske, slik at hun selv kan svare: Ja! Slik unngår fru Hansen opplevelsen av nederlag, samtidig som verdigheten bevares. OBS: Evne til <i>gjenkjenning</i> kan også slå ut feil, noe følgende eksempel viser: * En kvinne satte vannkokeren på komfyren og skrudde bryteren på fullt. Hun var vant til å koke vann i kanne og vannkokeren lignet på vannkannen (= <i>gjenkjenning</i>). Det som i utgangspunktet var en godt innarbeidet/innlært rutine slo ut feil, fordi evnen til å tenke logisk og abstrakt (se punkt. 8: <i>Intellektuell funksjon</i>) også var svekket. Husk på: Svikt i <i>evne til å gjenkjenne</i> svikter også gradvis over tid, selv om den bevares lengre enn andre funksjoner, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingstype og behandler-atferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
--	--

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

3.5. Planlegging:	Evne til å planlegge en aktivitet i rekkefølge i framtid og/eller evnen til å huske en begivenhet eller plan som er lagt for framtiden	Personen med demens kan få utfordringer med: - å huske hva som skal gjøres fram i tid og blir i stedet sittende passivt, mens andre igjen vandrer hvileløst rundt i søken etter «noe» å gjøre - å planlegge hva som skal gjøres når får uventet kaffebesøk - å tenke igjennom/velge rekkefølgen på hvordan vaske og stelle seg, og kan ende opp med å vaske seg <i>etter</i> å ha kledd på seg - å kle på seg i riktig rekkefølge. Resultatet kan bli at personen tar på klær i feil rekkefølge, ved å ta undertøy <i>utenpå</i> kjolen eller å ta på flere kjoler <i>over hverandre</i>
3.5.1: Å huske retrospektivt:	Å huske retrospektivt vil si å huske det som har skjedd ...	Kommentarer og tiltak: Å huske <i>retrospektivt</i> vil si å minnes det som har skjedd. Les Kommentarer og tiltak under punkt: 3.2.2: <i>Episodisk hukommelse</i> og punkt: 3.4: <i>Gjenkjenning</i>.
3.5.2: Å huske prospektivt:	Å huske prospektivt vil si å huske og å holde fast ved et mål i framtiden, samtidig som en er seg bevisst hvilke elementer det er nødvendig å huske underveis for å nå målet (= planlegging)	Å huske <i>prospektivt</i> vil, i denne Fagveilederen, omtales som evnen til å <i>planlegge</i> framover i tid. Intakt evne til å planlegge innebærer å kunne se for seg hvor en vil og hva som skal til for å komme dit. Konsekvensen av redusert evne til å planlegge kan bli handlingssvikt (se punkt 7: <i>Praktisk handlingsevne</i>). Hverdagen blir komplisert når evnen til å planlegge svikter. Funksjonen påvirker alt vi gjør. Hvis en person har utfordringer med å kle på seg klær i riktig rekkefølge, benytt evne til gjenkjenning (se punkt 3.4: <i>Gjenkjenning</i>), ved å legge klærne etter hverandre på sengen; evt. gi ett og ett plagg av gangen, slik at plagget sees og forhåpentligvis gjenkjennes. Bruk av <i>Husketavle</i>, kan fungere for noen. Den må henges på et godt synlig sted. Her kan beskjeder og avtaler skrives opp, i prioritert rekkefølge. Sjekk at personen forstår skrift (se punkt 5: <i>Språk</i>) og ha gjerne en tydelig klokke ved siden av. Bruk prinsipper for <i>Demensvennlige omgivelser</i>. Manglende evne til å planlegge/huske fram i tid, vil involvere følelser, slik som forventning om at barn eller barnebarn kommer på besøk. Ved økende kognitiv svikt vil evnen til å glede seg til slike hendelser bli redusert. Helsepersonell kan, ved å snakke om, vise bilder, stadig repetere når de evt. kommer og slik holde forventninger og glede fast. Ved manglende mestring er det ikke uvanlig å se at personer reagere med angst, uro og irritasjon, som viser seg gjennom endret atferd. Omgivelsene kan oppleve atferden som «vanskelig», mens personen egentlig er fortvilet

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		og frustrert over ikke å bli forstått. Prøv deg fram! Husk på: Man antar at evnen til å huske prospektivt/planlegge svekkes like tidlig som evnen til å huske retrospektivt = minner, men det er individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingssåte og behandleratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
4. ORIENTERINGSEVNE	Evnen til å være orientert for tid, sted og egen person	Med orienteringsevne menes flere ting. Det innebærer evnen til å holde rede på tid på dagen, ukedag, måned og år; å vite hvor en befinner seg geografisk; å være orientert om egen situasjon, slik som egen alder, boform og familierelasjon og i tillegg kjenne familiens situasjon som hvor eventuelle barn og barnebarn bor.
4.1. Orientert om tid:	Evnen til å holde rede på tid på dagen, ukedag, måned og år.	Personen med demens kan få utfordringer med: - å forstå <i>tidsbegrepet</i>, dvs. å forstå for eksempel hva 5 minutter innebærer i forhold til en time - å koble klokkeslett til måltider eller andre hendelser - å forstå når på døgnet man er, morgen, ettermiddag, kveld eller natt - å ha oversikt over måneder og årstider - å forstå livslinjen, dvs. når i livet man er, barn, ungdom, voksen, eldre - gradvis å miste evnen til å forholde seg til egen alder og kan veksle mellom nåtid og fortid eller bli «værende» i fortiden (= tidsforskyvning) Kommentarer og tiltak: Å miste grepet om tid er utfordrende, da hele samfunnet, også på institusjon/dagsenter er lagt opp etter klokken. Når denne funksjonen svikter, særlig sammen med evne til å planlegge framover i tid (se punkt 3.5.2: <i>Å huske prospektivt</i>) blir livet utfordrende. Manglende kontroll på tiden kan føre til angst og uro for ikke å rekke avtaler, måltider etc. Helsearbeider kan trygge personen ved å forklare at hun/han vil passe på tiden for vedkommende ved å gi beskjed om hva og når. Benytt ellers validering og avledning, unngå realitetsorientering hvis det virker støtende. Hvis personen forstår klokken, sørg for at tydelige og store nok klokker henger synlig på aktuelle steder. En

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		klokke hengende ved siden av en tydelig og synlig «Husketavle», kan være god hjelp for noen. Det finnes flere gode hjelpemidler/velferdsteknologi til bruk når tidsorienteringen svikter. (Se www.oslo.kommune/Senter for fagutvikling og forskning → ALMAS hus). (Les også kap. 2.1: <i>Innlæring: Kommentarer & tiltak</i>). Benytt i tillegg prinsipper for <i>Demensvennlige omgivelser</i>. Husk på: Evne til "være orientert for tid" forverres gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærningsmåte og behandleratferd utfra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser, overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
4.2. Orientert om sted:	Å vite hvor man er og å finne fram i kjente og ukjente omgivelser	Personen med demens kan få utfordringer med: - å orientere seg på <i>ukjente steder</i>, som dagsenter, korttidsopphold på sykehjem, helsehus eller i omgivelsene på nytt feriested - å orientere seg i tidligere <i>kjente</i> omgivelser ute, som å finne veien til butikken, banken eller legen - å orientere seg i eget hjem - til forskjellige rom som stue, soverom, WC eller hvor ting oppbevares i skuffer og skap Kommentarer og tiltak: Tilrettelegg det fysiske miljøet etter prinsipper for <i>Demensvennlige omgivelser</i>, enten personen bor hjemme eller på institusjon. Uansett boform kan gode tiltak være god merking, skilting og riktig bruk av kontrastfarger. Hvis personen bor i institusjon kan et bilde av institusjonen med tekst under: «Du er nå på Holtet sykehjem» – henges lett synlig både i fellesrom og på pasienters rom. Ved innleggelse på institusjon kan personen få med seg egne møbler, bilder og andre gjenstander som gir opplevelser av at her hører jeg til, dette er mitt. Dette er alt tiltak som koster lite og gir god effekt for mange. Benytt også siste kunnskap om hjelpemidler og velferdsteknologi.

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		Husk på: Evnen til å være orientert for sted forverres gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærningsmåte og behandleratferd utfra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
4.3. Orientert om egen person	Å ha en klar forståelse av hvem JEG er (= personlig identitet).	Personen med demens kan få utfordringer med: - å ha en klar bevissthet/oversikt over eget levd liv, slik som sivilstatus, tidligere yrke og bosteder - å bevare oversikten over øvrige familieforhold, foreldre, søsken, barn, barnebarn, oldebarn etc. - å bevare forståelsen av egen alder, gjennom livsløpet og nå som eldre. Noen kan oppfatte seg som yngre enn det han/hun er, mens andre kjenner ikke igjen eget speilbilde. Det indre bildet personen har av seg selv stemmer ikke med bildet i speilet. Kommentarer og tiltak: Et hovedmål i samhandling er å bidra til at personen bevarer egen identitet, dvs. kunnskapen om JEG. Den viktigste kilden for slike opplysninger er personen selv. Når personen mister evnen til å fortelle selv, kan et tidligere utfylt <i>Personopplysningsskjema</i> (se punkt 3.2.2: <i>Episodisk hukommelse</i>), være et nyttig verktøy. På en naturlig og respektfull måte forebygg svikt ved stadig, gjennom samtale, å snakke om/ repetere den andres liv. Hvis personen selv ikke husker, benytt metoden: <i>Gjenkjenning</i> kombinert med <i>Åpne spørsmål</i> som støtte (se punkt 3.4: <i>Gjenkjenning</i>.) Hvis personen ikke lenger kjenner igjen eget speilbilde eller bilder av seg selv, sjekk også ut om synet er ok, om riktige briller er på evt. om brillene er møkkete! Hvis vedkommende blir irritert eller lei seg, stopp og avled til et mer positivt tema. For øvrig kan det å se på bilder av seg selv i forskjellige tidsfaser av livet være nyttig. Slike bilder bør stå framme slik at personen selv, stadig kan se selv og slik få nødvendig repetisjon. Husk på: Evnen til å være orientert om egen person, dvs. å ha en oppfatning av JEG, varierer stort fra

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		person til person og bevares for de fleste til sen fase av et demensforløp. Kartlegg og juster tilnærmingssmåte og behandleratferd utfra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
5. SPRÅK Afasi kan vise seg ved:	Språk = Å forstå og produsere språk Afasi = Svikt i forståelsen og produksjon av språk = Språkforstyrrelser	Ved flere former for demens, i tidlig fase, vil man avdekke språkvansker av ulik grad og form. Ved noen demenssykdommer vil språkvansker være uttalte i tidlig fase, mens språkfunksjonen ved andre former kan være normal. GLOBAL afasi innebærer at personen har svikt innen alle de tre språkområdene. NB! Kartlegging av språkfunksjon vil være spesielt viktig for å skille demens og depresjon. Ved depresjon vil språkfunksjonen som oftest være intakt.
5.1. Motorisk afasi: = ikke flytende språkvansker = ekspressive språkvansker	Vansker med å snakke i hele setninger, langsom tale og ord blir utelatt eller brukt feil	Personen med demens kan få utfordringer med: - å få ordene fram og ut. Det kan være ett eller flere ord, noe som gjør at talen blir sen, usikker og mindre flytende - at innholdet i det som sies preges av gjentakelser av ord, setninger og klisjeer - å snakke i hele setninger, eller at setningene blir kortere og kortere - å bruke ord grammatisk riktig, bøyning av verb og adjektiver blir feil og utelater etter hvert ordet Kommentarer og tiltak: <i>Motorisk afasi</i> kan være et tidlig tegn på demenssykdom, og vil forverres over tid. Ved motorisk afasi foreligger det svikt i selve produksjonen av ord. Personen vil som regel forstå hva andre sier og har en bevissthet om hva en selv ønsker å si, men får det likevel ikke til. Forståelsen av skrift, og å tyde tonefall og mimikk kan være intakt godt ut i demensforløpet. Egen mimikk og tonefall vil på samme måte være adekvat ut fra situasjon og kan bevares lenge. Det er smertefullt å miste evnen til å kommunisere. Å ha kjennskap til personens liv via bl.a. <i>Personopplysningseskjemaet</i> (se punkt 3.2.2: <i>Episodisk hukommelse</i>) kan være et utgangspunkt for å fange opp ord fra personen som kan si noe om budskapets innhold. Sørg for ro i omgivelsene når informasjon skal gis, lytt aktivt. Hva forsøker den andre å formidle? Responder forsiktig, respektfullt – og spørrende. Hvis den andre «går i stå»,

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		hjelp varsomt til hvis du tror du vet hva den andre ønsker å formidle. Hvis personen fortsatt mestrer å skrive, kan skrivetavle være et alternativ. Det finnes også elektroniske hjelpemidler hvis dette mestres. Er personen sliten, eller situasjonen blir stressende kan det øke svikten der og da. I tillegg kartlegg at sansene er intakt (spesielt syn/hørsel), sjekk evt. ører for ørevoks! OBS! <i>Motorisk afasi</i> må skilles fra <i>dysartri</i>. Ved dysartri vil uttaleproblemene ha sammenheng med lammelser i muskler i munn/svelg. Personen får vansker med å uttale de lydene han/hun ønsker å få fram og uttalen blir uklar og utydelig. (Engedal & Haugen, 2018). Husk på: Kartlegg og juster tilnærmingssmåte og behandleratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
5.2. Sensorisk afasi = Svikt i ordforståelse = impressiv afasi	Vansker med å forstå betydningen av enkeltord, innholdet i det som sies, har gjerne liten mening, problemer med å forstå skrift eller hva andre sier..	Personen med demens kan få utfordringer med: - å forstå andres ord. Begynner ofte med at ett og ett ord som ikke lenger forstås... - å forstå andres mer sammenhengende tale, begreper og abstrakte uttrykk - at skriftlig tekst som, innholdsmessig, oppleves mer eller mindre uforståelig. OBS! Noen kan lese, men forstår likevel ikke innholdet - at ord forbyttes, <i>glatt</i> blir <i>flatt</i> og/eller «ord» som personen bruker oppleves meningsløse av omgivelsene (= parafrasier) - at rekkefølgen på ordene kan bli feil ... - å snakke flytende og talen blir gradvis mindre og mindre forståelig for omgivelsene <u>Eksempler:</u> * En kvinne med demenssykdom i tidlig fase og med god språkforståelse, forsto ikke lenger ordet <i>natt</i>! Mannen, som ikke forsto dette, fortsatte å bruke ordet i situasjoner det var naturlig. Kvinnen reagerte til slutt med irritasjon, og sa: <i>Fortell meg hva ordet <u>natt</u> betyr da!</i> Ektefellen forsto ikke alvoret og svarte: <i>Du må jo vite hva natt er...!?</i> * En mann fikk beskjed om å sette melken i <i>kjøleskapet</i>, noe han ofte gjorde, men denne gangen satte han i stedet melken på benken. Det viste seg at forståelsen av ordet <i>kjøleskap</i>, der og da, ikke var tilstede.

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3. utgave - vår 2019

		* Personen, som går tur i skogen, blir sliten og sier: «Jeg vil sette meg på den stolen der» og mener <i>stubben</i>. * En kvinne innlagt på sykehjem var svært urolig og spurte etter <i>brannen</i>! Det viste seg at barnebarnet var brannmann! Kommentarer og tiltak: <i>Sensorisk afasi</i> skaper utfordringer i daglig kommunikasjon og samhandling, først og fremst for personen selv men og for omgivelsene. Hvis personen med demenssykdom ikke lenger forstår ord som for eksempel <i>natt</i> og <i>kjøleskap</i>, unngå å bruke ordet som ikke lenger forstås, eller omformuler ved å forklare ordet med andre ord og uttrykk, slik som: <i>Natt er når vi sover og dag er når vi er våkne</i>, hvis dette forstås. Forstår ikke personen lenger ordet «kjøleskap», vær i forkant ved å peke, samtidig som beskjedent gis, evt. bruk ordet <i>skap</i>, eller gi personen andre oppgaver enn å sette melken i kjøleskapet.. Personer som utvikler sensorisk afasi kan ende opp med å ha en talestrøm med lite mening og kommunikasjonsverdi for tilhørerne. Alle mennesker trenger likevel respons på sin verbale og nonverbale kommunikasjon, selv om ordene mangler! Lytt, se den andre og responder uten å kommentere det manglende innholdet i den andres tale. Fokuser i stedet på personens totale kroppsspråk, dvs. tonefall, mimikk, bevegelser etc. Hva signaliserer kroppen? Glede, sorg, sinne, fortvilelse, irritasjon etc.? Unngå stress, da det kan gjøre det vanskeligere for personen å finne ordet. Husk på: <i>Sensorisk afasi</i> utvikles gradvis over tid. Kartlegg og juster tilnærmingssåte og behandleratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
5.3. Anomisk afasi = Vansker med benevning	Problemer med å finne ord som resulterer i omskrivninger, eller at en stopper opp midt i en setning	Personen med demens kan få utfordringer med: - å finne riktige verb og substantiver i en samtale. Personen kompenserer ved å omskrive, dvs. bruker flere og flere unødvendige ord for å forklare budskapet

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		- etter hvert å snakke flytende. Siden det kan ta tid å finne riktig ord eller å omskrive, vil talen bli hakkete eller det kan stoppe opp <u>Eksempler:</u> * Personen skal skrelle poteter, men finner ikke ordet <i>potetskreller</i> og sier i stedet: <i>Hvor ligger den vi skreller potetene med?</i> * Personen finner ikke ektefellens navn og sier i stedet: «<i>Hun jeg er gift med...</i>» * Ord som ligner på hverandre, eller er nært i betydning, kan være lettere å finne. Slik som: Tørketrommel blir til tørkestativ; oppvaskmaskin blir til vaskemaskin etc. Kommentarer og tiltak: Ved <i>anomisk afasi</i> er talen ofte flytende, men med økende grad av omskrivninger. Personen forstår og har egne klare budskap, og i startfasen vil omskrivningene sjelden merkes av omgivelsene. Etter hvert blir det mer påfallende at substantiver og verb erstattes av andre ord. Tidlig i forløpet vil det gjerne være mer sjeldne ord som ikke finnes, men etter hvert blir det dagliglivets ord, slik som <i>tannbørsten, kjolen, koppen etc.</i> Ved testing kan man spørre: <i>Hva er dette?</i> Hjelp til på en vennlig og respektfull måte, hvis det aksepteres. Gi personen tid til å lete etter ordet, evt. omskrive. Unngå stress, da det kan gjøre det vanskeligere for personen å finne ord. Husk på: Kartlegg og juster tilnærmingstype og behandleratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
6. AGNOSI	Agnosi er <u>svikt</u> i evnen til å forstå og tolke det en sanser Gnosis er <u>evnen til å</u> forstå og tolke det en sanser.	Agnosi kan få stor betydning for personens evne til å mestre dagliglivet. Det er store individuelle variasjoner, avhengig av hvor stor skaden er og beliggenhet i hjernen. Syns - og hørsels agnosi får størst betydning for personen i dagliglivet.
6.1. Visuell agnosi = Synsagnosi	Redusert evne til å forstå og tolke det vi ser, selv om synet er intakt	Personen med demens kan få utfordringer med: - å tolke og forstå det som sees og bruker det feil eller lar vær å bruke gjenstanden, slik som:

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

	- å tolke/forstå hva en tannbørste er og bruker den som en hårbørste - å forstå at glasset/koppen som settes fram er til å drikke av, men forstår ikke lenger at vannet kommer fra kranen (blande batteriet) og forstår ikke hvordan fylle på vann, eller å drikke ... Kommentarer og tiltak: Ved <i>visuell agnosi</i> tolkes et begrenset antall synsinntrykk/gjenstander feil. Det kan i starten gjelde kun én gjenstand for etter hvert å bli fler. Det kan være helt dagligdagse gjenstander som tannbørste, kopper, ytterjakken etc. Omgivelsene registrerer dette ved at personen bruker gjenstandene feil, eller får det rett og slett ikke til og gir opp. Når svikt oppdages, forsøk å være i forkant, ved å gi personen tannbørsten eller glasset og vis hva og hvordan tenner skal pusses ved å vise på seg selv = å være modell. Når personen med demens ser hva/hvordan helsepersonell gjør det, benyttes ressursen gjenkjenning (se punkt. 3.4: <i>Gjenkjenning</i>), som ofte er nok til at personen forstår og gjør. Om nødvendig, bruk verbal veiledning i tillegg. Sjekk synet! Merk briller med både navn og om det er gå- eller lesebriller. Tips: Bruk grønn neglelakk for å markere gåbriller og rød farge for lesebriller. Og ikke minst rengjør brillene daglig! OBS! Hvis en person ikke lenger forstår hva bestikk eller et glass er og hvordan det skal brukes for å få i seg mat eller drikke, kan det føre til fare for både underernæring og uttørring (= <i>dehydrering</i>), som igjen kan føre til delirium. <i>Prosopagnosi</i>, også kalt <i>ansiktsblindhet</i> er en spesiell form for synsagnosi. Personen får redusert evne til å gjenkjenne ansikter. En slik form for agnosi opptrer sjelden i isolert form ved demens, unntak kan være i tilfeller der årsaken er alvorlig <i>anoksi</i> (= oksygenmangel) eller kortikale infarkter. (Engedal & Haugen, 2018, s. 38) Husk på: <i>Visuell agnosi</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnæringsmåte og behandleratferd utfra progresjon av symptomet. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
--	---

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

6.2. Auditativ agnosi: = hørselsagnosi	<i>Sviktende evne til å forstå/tolke lyder som høres, selv om hørselen er god</i>	Personen med demens kan få utfordringer med: - å gjenkjenne/tolke lyder som telefon, dørklokke, dører som åpnes og lukkes ol. - å gjenkjenne/tolke lyden av kopper som klirrer, bestikk som brukes ved måltider eller under oppvask - å gjenkjenne/tolke lyden av regn, lyden av trappetrinn, vekkerklokke ol. - å gjenkjenne/tolke ektefelles eller barn/barnebarns stemmer Kommentarer og tiltak: Når man gradvis mister evnen til å forstå/tolke hverdagens enkle, men også mer sammensatte og kompliserte lyder blir livet utfordrende. Ukjente lyder kan føre til følelser av ubehag, usikkerhet, uro og angst, avhengig av lydens form og styrke. Hvis helsepersonell forstår uroen/angsten som ligger bak atferden er det lettere å gi nødvendig informasjon og støtte slik at trygghet gjenopprettes. Observer gjennom daglig samhandling, hvilke lyder som personen blir urolig over, og støtt der det virker aktuelt. Forklar, om mulig, med ord eller vær modell ved å etterligne telefon; pek/forklar at det er koppen som klirrer etc. Sorter og forenkle! Hvis personen ikke forstår forsøk å avlede til noe som kan oppleves som meningsfylt for den andre. OBS. <i>Auditativ agnosi</i> kan være vanskelig å skille fra <i>sensorisk afasi</i> (se punkt. 5.2: <i>Sensorisk afasi</i>). Hørselsagnosi innebærer at personen får problemer med å forstå lyder, mens ved sensorisk afasi har personen problemer med å forstå ord. «Sensorisk afasi kan kanskje betraktes som en form for hørselsagnosi, i den forstand at det er manglende evne til å gjenkjenne språk» (Engedal & Haugen, 2018, s. 38). Men dette er likevel to forskjellige funksjoner, da språkforståelsen vanligvis er lokalisert til venstre side av hjernen, mens lyd i større grad er lokalisert til hjernens høyre hjernehalvdel, i tinninglappen. Husk på: <i>Auditativ agnosi</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingssåte og behandleratferd utfra progresjon av symptomet. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest
--	--	---

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
6.3. Taktil agnosi:	Manglende evne til å forstå/tolke hva en gjenstand er, - etter å ha tatt på den, <u>uten å se den</u>	Personen med demens kan få utfordringer med: - å tolke/gjenkjenne nøkkelen til leiligheten når den ligger i vesken (dvs. ikke er synlig) - å tolke/identifisere tannbørste, tannkrem, såpe etc. når leter med hånden i toalettmappen uten å se ... - å forstå/gjenkjenne hårbørste, lommebok, avtalebok etc. når leter med hånden i håndvesken uten å se Kommentarer og tiltak: De aller fleste av oss har opplevd følelsen av å stå foran egen inngangsdør, en mørk nattetime, og ikke finne nøkkelen! Personen med demenssykdom blir raskere stresset, engstelig og redd. Når angsten tar oss, mistes lett kontrollen, noe som ofte blir synlig gjennom personens atferd. Hvis omgivelsene ikke forstår årsaken/svikten som ligger bak, er det lett å tolke slik endring i atferd som irritasjon, sinne og personen kan bli oppfattet av omgivelsene som «vanskelig». Har personen utfordringer med å finne nøklene i vesken, kan en hjelp være å bruke en farget lenke, hvor den ene enden festes i veskens håndtak, synlig fra utsiden, mens nøkleknippet festes i den andre enden, liggende i vesken. Ved å dra i lenken dras nøklene opp. Hvis personen bor hjemme benytt gamle rutiner for oppbevaring av nøkler og andre viktige gjenstander for personen. Man kan også forsøke å la mye brukt utstyr/gjenstander ligge godt synlig, på faste plasser og mest mulig gjenkjennbart for personen, men forebygg «rot». Kan fargede esker med bilde og/eller tekst på være et alternativ? Forenkling er ellers et stikkord i miljøbehandling ved demenssykdommer. I samarbeid med pasient og evt. pårørende rydd toalettmappe, håndveske, klesskap og evt. kjøkkenskap for unødvendige gjenstander etc. Bruk prinsipper for <i>Demensvennlige omgivelser</i>. Husk på: <i>Taktil agnosi</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingssmåte og behandleratferd utfra progresjon av symptomet. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
KONSEKVENSBEGREPER:		De følgende begrepene er ikke egne kognitive funksjoner, men begreper hvor flere av de allerede nevnte kognitive funksjonene er involvert. Begrepene er nyttige i praktisk arbeid. På mange måter kan følgende begreper sies å være samlebegreper og konsekvenser av kognitiv svikt.
7.PRAKTISK HANDLINGSEVNE	En persons evne til å utføre dagliglivets oppgaver	Et av kriteriene for demens er at tap av kognitiv kapasitet må være av en slik grad at det har endret pasientens evne til å klare seg i dagliglivet. I litteraturen brukes ofte begrepene handlingssvikt, apraksi, visuo/konstruktive- og eksekutive vansker om hverandre som forklaring på en persons vansker med dette. Generelt sagt er handlingssvikt et overordnet begrep som inkluderer så vel apraksi som visuo-konstruktive- og eksekutive vansker. (Engedal & Haugen, 2018, s. 39). For å utføre dagliglivets oppgaver må i tillegg funksjoner som hukommelse, evne til å planlegge (se punkt 3: <i>Hukommelse</i>) og sanseoppfatning (se punkt 6: <i>Agnosi</i>) være intakt.
7.1. Handlingssvikt:	Handlingssvikt beskriver evnen til å sette ulike handlinger sammen i en rekkefølge, til en helhet. Eller: En persons vansker med å utføre dagliglivets oppgaver	Personen med demens kan få utfordringer med: - å handle, håndtere penger og å bruke bankkort - å dekke på til frokost - å lage middag - å vaske tøy - personlig hygiene, pusse tenner, å kle av og på seg - etc. Kommentarer og tiltak: I startfasen av en demensutvikling er det enklere handlinger som svekkes, men etter hvert vil personen oppleve at mer sammensatte oppgaver blir utfordrende, for til slutt en umulighet å mestre. Å dekke på til frokost krever mange kognitive funksjoner slik som å huske hvor tallerkener og annet utstyr lagres, hente det og plassere det riktig på bordet; huske hvor mange det skal dekkes på til; sette fram riktig mat for måltidet etc. Personen må kunne tolke/forstå hva et glass er og hva det skal brukes til og hvordan bruke glasset samtidig forstå/gjenkjenne bestikket for å vite

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		hva og hvordan det skal brukes etc. De samme utfordringene gjelder i forhold til personlig hygiene, å handle og å lage mat. <u>Eksempel:</u> * En kvinne som bodde alene hjemme fikk tilbud om korttidsopphold på sykehjem. Under oppholdet oppdaget personalet at kvinnen hadde omfattende handlingssvikt som viste seg bla. ved at kvinnen kledde på seg først for så å vaske seg etterpå. * En mann tok først på seg bukse og genser, for så å ta på underbukse. Oppgavene ble gjort i feil rekkefølge. Mannens evne til bl.a. å planlegge en aktivitet i rekkefølge var kraftig redusert på en del områder, noe som medførte handlingssvikt (se punkt 3.5.2: <i>Prospektiv hukommelse</i>). Husk på: <i>Handlingssvikt</i> utvikles gradvis over tid, med store individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingssåte og behandleratferd utfra progresjon av symptomet. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere personen med det som ikke mestres. En forutsetning for gode tiltak er at vi blir kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
7.2. Apraksi: Det er vanlig å inndeale apraksi i to undergrupper:	Apraksi: Manglende evne til å utføre enkelthandlinger til tross for full førlighet og forståelse av det som skal gjøres Praksi: Evne til å utføre praktiske handlinger	<u>Apraksi</u> er ikke det samme som <u>handlingssvikt</u>, men kan være medvirkende til handlingssvikt. Det er sjelden man ser apraksi i tidlig fase av en demensutvikling, mens i moderat til sen fase er det ikke uvanlig. For ergoterapeuter er apraksi et kjent og nyttig begrep til bruk i daglig arbeid. For helsearbeidere derimot, anbefales det heller å bruke begrepet handlingssvikt. Begrepet apraksi vil likevel bli omtalt her.
7.2.1. Idemessig apraksi:	Har ikke begrep eller forestilling om hvorledes bruke redskaper eller hvordan handlinger skal utføres i praksis	Personen med demens kan få utfordringer med: - hvordan en tannbørste skal brukes - å ta på seg ytterjakken - hvordan henge jakken opp på kleshenger, for så å henge den i skapet etter bruk - hvordan få vann i et glass, selv om ser på kranen

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		Kommentarer og tiltak: En grei måte å teste ut om personen forstår, er å be personen gjøre følgende: <i>Vis meg hvordan du pusser tennene dine!</i> Personen kan forstå hva det er som skal gjøres, men vil likevel ikke ha noen ide om hvordan handlingen skal utføres i praksis. Mange vil ha nytte av at helsearbeider er modell: Når personen <i>ser</i> hvordan <i>helsepersonell utfører handlingen</i> er det lettere å forstå <i>hva og hvordan</i> oppgaven skal utføres. Slik kan evne til <i>gjenkjenning</i> (se punkt 3.4: <i>Gjenkjenning</i>) benyttes til å redusere konsekvenser av agnosi (se punkt 6.1: <i>Visuell agnosi</i>). For andre kan handledelse være et alternativ, ved at helsearbeider legger kluten i hånden til pasienten og forsøker å guide. Prøv deg fram! OBS: Personer med <i>Idemessig apraksi</i> vil ofte <i>mangle initiativ</i> til selv å utføre handlingen. De trenger hjelp til å komme i gang. Husk på <i>Idemessig apraksi</i> forekommer sjelden i tidlig fase av en demensutvikling, men kan bli en utfordring etter hvert som sykdommen progredierer. Kartlegg og juster tilnærmingssmåte og behandleratferd ut fra progresjon av symptomet. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
7.2.2. <i>Motorisk apraksi:</i>	Forstår og/eller <u>vet</u> hvorledes bruken av redskap eller handling skal utføres i praksis, men <u>mestrer ikke selve utførelsen</u>	Personen med demens kan få utfordringer med: - å skjære brød, vet hvordan, vil, men får det likevel ikke til - å utføre selve handlingen (eks. tannpuss) selv om han vil og vet hvordan det skal gjøres - å henge klær på plass, trass i at personen vet hvordan og vil <u>Eksempel:</u> * En kvinne med demenslidelse hadde gjennom et langt liv hatt langt hår som hun, nærmest som et ritual, børstet hver morgen og kveld. Etter en lengre periode med alvorlig febersykdom klarte hun å finne fram hårbørsten, holde den i hånden, men mestret likevel ikke å løfte armen for å børste håret, selv om hun forsto og ville.

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		Kommentarer og tiltak: Ved <i>motorisk apraksi</i> er selve <i>programmeringen</i> skadet. Sammenlign med en datamaskin: Teksten er lagret, du trykker på <i>utskrift</i> (tilsvarer programmering), men siden kommer likevel ikke ut! Motorisk apraksi viser seg ofte ved at <i>en del</i> av et større handlingsmønster blir borte. Personer med motorisk apraksi <i>kan ta initiativ</i> til å utføre selve handlingen, men de får det likevel ikke til, i motsetning til ved idèmessig apraksi. Den <i>delen/funksjonen</i> i hjernen som er skadet kan ikke trenes opp igjen. Tiltaket blir å støtte/forebygge det som ikke mestres, evt. ved avledning og å gi personen andre oppgaver som mestres. Husk på: <i>Motorisk apraksi</i> forekommer sjelden i tidlig fase av en demensutvikling, men kan bli en utfordring etter hvert som sykdommen progredierer. Kartlegg og juster tilnærmingssåte og behandleratferd ut fra progresjon av svikten. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst personens livshistorie/biografi og personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
8. VISUO/SPATIEL EVNE Kalles også: * Visuo/konstruktiv funksjon eller * Evne til forståelse og handling i rom	Beskriver evnen til å forstå og bevege seg i rom	Påvirker evnen til å koordinere øye og hånd; det du ser og det du gjør; beregne avstander; å kjenne igjen/oppfatte slik som former/gjenstander i rommet fra forskjellige vinkler og å skifte mellom fokus og å se i ulike retninger i rommet. Visuo/spatiel svikt er et samle- eller også kalt konsekvensbegrep, hvor flere kognitive funksjoner er involvert. Det er et nyttig begrep i praktisk arbeid. OBS: Gnosis er en forutsetning for visuo/spatiel evne (se punkt 6: <i>Agnosi / Gnosis</i>).
		Personen med demens kan få utfordringer med/påvirker evnen til: - å beregne avstand og tidsbruk ved kryssing av vei - å forstå forskjellen på høyre fra venstre ute og inne - å beregne avstand mellom seg selv og møbler/gjenstander ved gange og skubber stadig borti - å forstå/tolke kjente redskaper/gjenstander fra forskjellige vinkler, slik som en stol. Personen ser på/vurderer stolen fra forskjellige vinkler før setter seg ved å skli nølende ned på kanten av setet. OBS: Fare for fall!

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

	- å tolke/forstå hvor gulvet begynner. Blir synbart for omgivelsene ved at personen med demens plasserer foten prøvende i luften, litt over gulvet, før forsiktig setter foten ned. Fører til ustø/ utrygg gange. OBS: Fare for fall! - å plassere gjenstander riktig på kaffebordet: Resultatet kan bli at kopper settes nær kanten av bordet, bestikk plasseres motsatt eller på skrått av tallerken osv. <u>Eksempel:</u> * På en nyoppusset Skjermet Enhet var gulvet belagt med ensfargede venylfliser, med unntak av foran pasientrommene. Der lå det en kvadratisk vinylflis med kontrastfarge til resten av gulvet. Hensikten var å tydeliggjøre pasientens rom for personen selv. På grunn av visuo/spatiel svikt ble resultatet i stedet at pasienter bøyde seg halvveis ned til gulvet, grep etter «dette» som lå der, i et forsøk på å ta det opp! Kommentarer og tiltak: <i>Visuo/spatiel svikt</i> beskriver bl.a. evnen til å orientere seg ved bruk av kart ved reise på ukjent sted; når vi skal vurdere hvor lang tid en bil bruker fram til gangfeltet, før vi går over gaten etc. (se punkt 4.2: <i>Orienteret for sted</i>). For å bevege oss trengs evne til å beregne avstanden fra øyet til hånd, for så å beregne avstand fra hånd til gulv, beskrevet i eksempelet over. Svikter det på dette området blir det også vanskelig å dekke på et bord (se punkt 7.1: <i>Handlingssvikt</i>). Unngå å påpeke at den andre gjør «feil», men vær i forkant, støtt og hjelp. Under måltider kan helsepersonell sitte ved siden av og benytte lett håndledning ved å føre gaffelen helt opp til munnen, om nødvendig. Har personen utfordringer med å sette seg i stol? Vær i forkant ved å plassere stolen så stødig som mulig og støtt slik at fall unngås. For noen er det enklere å sette seg i en stol uten armlener. Får personen utfordringer med å skille høyre og venstre, unngå å bruke begrepene. Definér i stedet hvilken side ved å ta på aktuell arm, eller pek, vis med armen for å vise vei etc. Sjekk synet! (Se punkt 6.1: <i>Visuell agnosi</i>). <i>Konsekvenser</i> av visuo/spatiel svikt kan føre til handlingssvikt (se punkt 7.1: <i>Handlings-svikt</i>). OBS. Begrepet kan være vanskelig å skille fra agnosi (se punkt 6: <i>Agnosi</i>). Visuo/spatiel svikt forveksles lett med svimmelhet. Husk på: <i>Visuo/spatiel svikt</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster
--	---

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		tilnærmingstype og behandleratferd ut fra progresjon av symptomet. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom og vær bevisst livshistorie/biografi og personens personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
9. EKSEKUTIV EVNE	Evne til problemløsning og å kunne planlegge og gjennomføre oppgaver på en fornuftig og effektiv måte.	Ved begynnende demens vil en se at pasientens evne til fleksibilitet og tenkning blir redusert. Spesielt gjelder dette i situasjoner som krever at en praktisk løser nye oppgaver i dagliglivet. Begynnende svikt har sammenheng med manglende evne til å distansere seg fra det en umiddelbart sanser og opplever i situasjonen. I psykologisk litteratur om demens brukes i denne sammenhengen ofte begrepet eksekutive funksjoner om evnen til å resonnerer, planlegge og gjennomføre handlinger og oppgaver. (Engedal & Haugen, 2018, s. 40). Eksekutive vansker er et samlebegrep som ofte blir beskrevet som en «paraply-betegnelse» og kan sees alt i tidlig fase ved frontal svikt.
9.1. Eksekutive vansker:		Personen med demens kan få utfordringer med: - å skille relevant og irrelevant informasjon - å undertrykke/kontrollere impulser - å skifte perspektiv - nedsatt dømmekraft - med planlegging og problemløsning - å ha oversikt og å tilpasse seg mer komplekse situasjoner - å tilpasse seg uventede situasjoner <u>Eksempler:</u> * Å kjøre bil i rundkjøring er en komplisert øvelse da mange kognitive funksjoner må brukes samtidig. Bilen skal manøvreres rett i veibanen, noe som innebærer å se, tolke og være oppmerksom på hele trafikkbildet. Samtidig skal kjøringen planlegges kontinuerlig, føreren skal plassere bilen rett i veibanen for deretter å gjennomføre kjøringen på en riktig måte og ikke minst i hurtig tempo. * På samme måte kreves flere kognitive funksjoner for å servere kaffe til gjester. Slik som at bordet skal dekkes, riktig utstyr skal plasseres på rett plass, kaffen skal traktes ved å vurdere

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

	mengde kaffe til riktig mengde vann for til slutt å helles i koppene og ikke utenfor osv. * Å sende søknad til Hjemmesykepleien forutsetter at personen klarer å skaffe til veie nok og riktig informasjon, forstå informasjonen og til slutt fylle ut skjemaer ved å formulere seg skriftlig for deretter å sende søknaden. * Å sminke seg innebærer å finne fram rett utstyr, forstå hva som brukes hvor, for til slutt å bruke det. Kommentarer og tiltak: <i>Eksekutive funksjoner</i> spiller inn på de fleste kognitive områdene som alt er beskrevet, slik som evne til å lære seg nye ferdigheter, <i>planlegge</i>, evne til <i>problemløsning</i>, <i>igangsetting</i> og <i>strukturering av aktiviteter</i>, <i>oppmerksomhet</i> og evne til å <i>endre plan</i>. Noen utvikler i tillegg svikt i evne til <i>initiativ</i>, <i>innsikt</i> og for noen også redusert <i>impulskontroll</i>. I tillegg skal handlingen/opp-gaven løses på en fornuftig og effektiv måte. Ved svikt blir opprinnelig oppgave for komplisert og vedkommende <i>forenkler oppgaven eller gir opp og ikke fullfører</i>. Å leve et selvstendig og autonomt liv blir vanskelig. Når tiltak skal velges ta utgangspunkt i de enkelte symptomene personen har. Hvis diagnosen er Frontallapsdemens så bruk prinsippene for miljøbehandling ved slike diagnoser. Noen generelle retningslinjer som kan prøves ut er: Gi enkle, konkrete oppgaver, som å brette sammen tøy/kluter og gi kun én oppgave av gangen. Unngå valgsituasjoner og reduser/tilpass antall stimuli (syn/hørsel) til det personen tåler. Sørg selv for å ha kort, tydelig kommunikasjon og husk at det er lettere å forbygge ved å være i forkant, enn å behandle! Eksekutiv svikt fører til handlingssvikt (se punkt 7.1: <i>Handlingsvikt</i>) Husk på: <i>Eksekutive svikt</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnærmingssmåte og behandleratferd ut fra progresjon av symptomene. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før og etter utviklet sykdom, og vær bevisst livshistorie/biografi og personens personlighet i sam-handling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandler-atferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
--	---

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave – vår 2019

10. INTELLEKTUELLE EVNER	I psykologien er intelligens brukt som et fellesnavn på menneskets evne til oppfattelse, tenkning og problemløsning og da spesielt på de områder hvor en finner individuelle ulikheter. (Store Norske Leksikon: Intelligens – nettsversjon – sist oppdater 22/11-18)	Det finnes mange definisjoner på intelligens, fra «evne til abstrakt tenkning», til «utnyttelse av tidligere erfaringer i nye situasjoner» Mange forskere ønsker å gi en vid definisjon av intelligens, slik at den kan omfatte alt fra teoretiske evner, til praktiske og sosiale ferdigheter. (Store Norske Leksikon: Intelligens – nettsversjon – sist oppdater 22/11-18) Engedal & Haugen (2018, s. 40) beskriver at intellektuell evne dekker overordnede funksjoner som problemløsning og tilpasning til nye eller uvante situasjoner og til å tolke og forstå sanseinntrykk. Dette er kognitive evner som forutsetter at de mer grunnleggende kognitive funksjonene, som oppmerksomhet, språk og hukommelse er intakt.
10.1. Intellektuell svikt:		Personen med demens kan få utfordringer med: - å forstå humor, ordtak, abstrakte begreper - å tolke/forstå tvetydige/ironiske bemerkninger - vurderingsevnen, dvs. evne til abstrakt, logisk tenkning, fleksibilitet og dømmekraft reduseres, ved at rammer både praktisk tenkning/evner men også sosial vurderingsevne - evnen til å ha oversikt over forhold utenfor «her- og nå», dvs. å kunne tenke og reflektere over hendelser i både fortid og framtid. Svikten kan vise seg ved manglende evne til å se konsekvenser av egne og andres handlinger. Eksempel: å se konsekvenser av egne økonomiske handlinger; å gå ut alene uten å finne tilbake igjen eller å legge fuktig tøy til tørk over elektrisk stråleovn uten å forstå brannfaren og å tenke igjennom hvilke andre alternativer og konsekvenser som finnes - å forstå og akseptere, at det kan finnes andre og bedre løsninger på en utfordring, både for seg selv og andre, enn kun ens egne forslag. Kommentarer og tiltak: Intellektuell svikt kan starte tidlig, og det er ofte de nærmeste som først merker at «noe» er galt. I tillegg til nær familie vil ofte sjakk- og/eller bridgevenner og kollegaer merke at noe skjer. I starten handler det ofte om små, udefinerbare endringer, særlig i forhold til å tenke/handle logisk og abstrakt som får omgivelsene til å susse. Svikten kan være vanskelig å oppdage og personen vil etter beste evne forsøke å skjule svikten, som naturlig er, ved å kompensere i samhandling med andre. Personer som bor alene, i tidlig fase, er spesielt utsatt med tanke på brannsikkerhet

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		og økonomi, kombinert med personens autonomi. Tilnæringsmåten er avhengig av om personen med demens kan/vil snakke om situasjonen eller ikke. Hvis personen benekter kognitiv svikt/sykdom, så unngå å argumentere. Svikten kan oppleves meget utfordrende, smertefull og vanskelig og for mange flaut å bære (se side 2: <i>Hvordan opplever personen med demens å leve med sin sykdom?</i>) Det tar tid å akseptere/bearbeide en slik diagnose, også for personen selv. Valider og etter hvert avled hvis mulig. Når endringer skjer, forsøk, i den grad det er mulig, å forklare mest mulig konkret og ærlig. Vi kan ikke «true/ påtvinge» andre mennesker innsikt, den må komme i takt med det personen mestrer selv. Men vi skal heller ikke unnlate å fortelle/informere fordi vi selv synes det er vanskelig eller ubehagelig. Vis hensyn, ikke press, prøv å forstå den andres smerte. Forebygg ved alltid å ha en respektfull tone i samhandling med den andre. Vurder i samarbeid med personen selv og evt. pårørende, så tidlig som mulig, om velferdsteknologi kan være til hjelp. Enkel tilrettelegging av bolig i forhold til prinsipper for <i>Demensvennlige omgivelser</i> kan gjøre boligen tryggere, men også sikre bedre autonomi for personen som er rammet. Intellektuell svikt kan føre til at avtaler skjer på feilaktig grunnlag, for eksempel i forbindelse med skriving av testamente, eller at personen motsetter seg å ta viktig hjertemedisin eller insulin, uten lenger å forstå konsekvensene hvis lar vær. Intellektuell svikt får også betydning for personens evne til å samtykke/beslutte (Pasient- og brukerrettighetsloven Kap. 4 a) på vegne av seg selv. Å ha samtykkekompetanse vil si å kunne anerkjenne informasjon som blir gitt om egen situasjon og se mulige konsekvenser av alternativene for seg selv og andre. Samtykkekompetanse er ikke absolutt og kan veksle fra dag til dag over samme tema. Kap. 4 A gjelder derfor kun: - når personen motsetter seg påtrengende helsehjelp - når manglende helsehjelp er til skade for personen selv, og ikke i forhold til andre - etter at tillitsskapende tiltak har vært forsøkt og før vedtak om tvang iverksettes. Konsekvenser av intellektuell svikt kan føre til handlingssvikt (se punkt 7.1: <i>Handlingssvikt</i>). Husk på: <i>Intellektuell svikt</i> utvikles gradvis over tid, med individuelle variasjoner. Kartlegg og juster tilnæringsmåte og behandleratferd ut fra progresjon av funksjonen. Benytt gjenværende ressurser og overse/unngå å konfrontere med det som ikke mestres. Bli kjent med personen, før
--	--	---

KOGNITIV FUNKSJON

Fagveilederen gir støtte i den systematiske oppfølgingen av personer med kognitiv svikt

3.utgave - vår 2019

		og etter utviklet sykdom, og vær bevisst livshistorie/biografi og personens personlighet i samhandling. Søk å ha personens perspektiv i aktuell situasjon. For å få mest mulig lik behandleratferd skriv valgte tiltak inn i tiltaksplanen. Evaluer jevnlig!
--	--	--