

Revidert utgave 2011

Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Samtale med pårørende

Pasientens navn: _____

Dato for samtale: _____

Pårørendes navn: _____

Slektskap: _____

Utfylt av: _____

Spørreskjema til pårørende

Jorm, 1994. Til norsk Nygaard HA og Bragason A

Når du besvarer spørsmålene, tenk på hvordan din slektning eller venn var for ti år siden og sammenlign med situasjonen i dag. Nedenfor er angitt noen situasjoner hvor vedkommende må bruke sitt intellekt. Vurder om dette er blitt bedre, er uforandret eller har forverret seg i løpet av de siste ti årene. Hvis din slektning eller venn ikke husket hvor han/hun la fra seg ting for ti år siden og det samme er tilfelle i dag, skal dette besvares med ikke særlig forandret.

Svaralternativ

1. Mye bedre
2. Litt bedre
3. Ikke særlig forandret
4. Litt verre
5. Mye verre

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Huske ting i forhold til familie og venner, f.eks. yrke, fødselsdager og adresser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Huske ting som nylig har hendt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Huske samtaler noen dager etterpå | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Huske egen adresse og eget telefonnummer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Huske hvilken dag og måned det er | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Huske hvor ting vanligvis er oppbevart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Huske hvor ting ligger selv om de ikke er lagt på vanlig sted | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vite hvordan en bruker kjente husholdningsapparater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Lære seg å bruke et nytt redskap eller apparat i huset | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Lære seg nye ting i sin alminnelighet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Følge handlingen i en bok eller på TV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ta avgjørelser i hverdagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Håndtere penger ved innkjøp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ta hånd om personlig økonomi, pensjon, bank, osv. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Regneferdigheter i dagliglivet, f.eks. å vite hvor mye mat en skal kjøpe inn, hvor lang tid det går mellom besøk fra familie og venner osv. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Bruke sin intelligens til å forstå ting som skjer og resonnere fornuftig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sum skåre (total sum/antall spørsmål) _____

Når startet symptomene? _____

Finner pasienten fram i kjente omgivelser? _____

Hvordan har utviklingen vært fram til nå? _____

ADL vurdering

Lawton og Brody, 1969

Utgangspunkt for avkrysning er hva pasienten faktisk utfører i hverdagen og ikke hva han/hun kan klare eller er i stand til å mestre fysisk sett.

Jo høyere skåre på et område, jo mer sannsynlig er det at pasienten kan være i behov av hjelp på det området.

0 skåres kun dersom området ikke er aktuelt. F.eks. skåres pasienten til 0 (ikke aktuelt) på ansvar for egne medisiner dersom han/hun ikke har noen medisiner.

Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (I-ADL)

A. Bruk av telefon

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Benytter telefon på eget initiativ, slår opp nummeret og ringer.
- 2 Ringer noen få velkjente telefonnummer.
- 3 Svarer telefonen selv, men ringer ikke selv.
- 4 Bruker ikke telefon.

B. Innkjøp

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Tar hånd om innkjøp alene.
- 2 Gjør mindre innkjøp på egen hånd.
- 3 Trenger hjelp til hver handletur.
- 4 Er ikke i stand til å gjøre innkjøp.

C. Matlaging

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Planlegger, forbereder og serverer måltider selvstendig.
- 2 Lager tilstrekkelig med måltider dersom ingrediensene er tilstede.
- 3 Varmer opp og serverer ferdiglagde måltider, men opprettholder ikke diett.
- 4 Må ha måltidene ferdiglaget og servert.

D. Hushold

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Opprettholder husarbeid alene eller har hjelp til større oppgaver innimellom.
- 2 Gjør lettere oppgaver som oppvask og rer opp sengen.
- 3 Gjør lettere oppgaver, men klarer ikke holde et akseptabelt nivå av renhold.
- 4 Trenger hjelp til alt husholdningsoppgaver.
- 5 Deltar ikke i noen husholdningsoppgaver.

E. Vasking av klær

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Vasker alle klærne selv.
- 2 Vasker småting, skyller strømper etc.
- 3 All vasking av klær må gjøres av andre.

F. Transport

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Reiser selvstendig med offentlig transport eller kjører egen bil.
- 2 Reiser på egenhånd med drosje, men bruker ikke annen offentlig transport.
- 3 Reiser med offentlig transport med hjelp eller sammen med andre.
- 4 Begrensede reiser med drosjer eller bil med hjelp av andre.
- 5 Reiser ikke i det hele tatt.

G. Ansvar for egne medisiner

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Tar ansvar for å ta medisiner i korrekte doser til riktig tid.
- 2 Ansvar for å ta medisiner dersom de på forhånd er klargjort i korrekte doser.
- 3 Klarer ikke ta hånd om egen medisiner.

H. Håndtere egen økonomi

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Bestyrer økonomien selvstendig (betaler regninger og bruker bank/post/brevgiro/nettbank).
- 2 Håndterer daglige innkjøp, men trenger hjelp med bankoppgaver, store innkjøp osv.
- 3 Kan ikke håndtere penger.

Personnære aktiviteter i dagliglivet (P-ADL)

A. Toalett

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Klarer seg selv på toalettet.
- 2 Trenger å bli påminnet, og/eller hjelp til å vaske seg, har sjelden uhell (høyst en gang i uken).
- 3 Er inkontinent (blære eller tarm) i søvne mer enn en gang i uken
- 4 Er inkontinent (blære eller tarm) i våken tilstand mer enn en gang i uken.
- 5 Ingen kontroll over blære eller tarm.

B. Spising

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Spiser uten hjelp.
- 2 Trenger litt hjelp under måltidene, eller trenger spesialtilberedte måltider, eller trenger annen hjelp i måltidssituasjonene.
- 3 Spiser med moderat hjelp og "søler".
- 4 Trenger mye hjelp ved alle måltider.
- 5 Spiser ikke selv, og motsetter seg forsøk på å bli matet av andre.

C. Påkledning

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Kler av og på seg selv, velger ut klær fra egen garderobe.
- 2 Kler av og på seg selv med noe hjelp.
- 3 Trenger moderat hjelp ved påkledning og/eller utvelgelse av klær.
- 4 Trenger mye hjelp ved påkledning, men samarbeider med den som hjelper.
- 5 Motsetter seg aktivt andres hjelp til personlig stell.

D. Personlig stell (Hår, negler, hender, ansikt, klær)

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Alltid pent kledd og velstelt, uten hjelp.
- 2 Steller seg selv, men trenger f.eks hjelp til barbering.
- 3 Trenger moderat og regelmessig hjelp eller veiledning til personlig stell.
- 4 Trenger hjelp til alt personlig stell, men holder seg ren og velstelt ved hjelp fra andre.
- 5 Motsetter seg aktivt andres hjelp til personlig stell.

E. Fysisk bevegelse

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Går utendørs, i jevnt og ulent terreng.
- 2 Går i nærmiljøet.
- 3 Kan forflytte seg ved hjelp av (kryss av en)
 - A. Annen person
 - B. rekkverk
 - C. Spaserstokk
 - D. Gåstol
 - E1. Rullestol, kommer i og ut på egen hånd
 - E2. Rullestol, trenger hjelp til å komme i og ut.
- 4 Kan ikke gå, men sitter oppreist uten støtte i stol eller rullestol, men kan ikke bevege seg uten hjelp.
- 5 Sengeliggende mer enn halvparten av tiden.

F. Bading

- 0 Ikke aktuelt.
- 1 Bader selv uten hjelp (badekar, dusj).
- 2 Bader selv, men trenger hjelp i og ut av badekaret/dusjen.
- 3 Vasker kun ansikt og hender, og kan ikke bade/vaske resten av kroppen.
- 4 Vasker seg ikke selv, men er samarbeidsvillig når andre hjelper.
- 5 Vasker seg ikke selv og gjør motstand når andre gjør et forsøk på å hjelpe.

Kommentarer:

Belastningsskala – pårørende

Green JG, 1982. Til norsk Engedal K.

Svaralternativ

- 0. Aldri/ingen
- 1. Sjelden/litt
- 2. Av og til/moderat
- 3. Ofte/ganske mye
- 4. Alltid/svært mye

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Føler du noen gang at du ikke lenger holder ut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Føler du noen gang at du trenger ferie/avkopling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Blir du noen gang deprimert over den situasjonen du er i? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Går omsorgsarbeidet ut over din egen helse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Er du redd det kan skje en ulykke med pasienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Føler du noen gang at det ikke finnes løsning på dine vanskeligheter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Er det vanskelig for deg å kunne dra på ferie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hvor mye går omsorgen for pasienten ut over ditt sosiale liv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hvor mye er rutiner i hjemmet ditt blitt forandret pga pasienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Er søvnen din forstyrret pga pasienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Er din livskvalitet/livsstandard blitt redusert pga pasienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Er du flau på vegne av pasienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Er du forhindret fra å ha gjester hjemme grunnet pasienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Blir du noen gang sint og sur på pasienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Blir du noen gang frustrert (oppgitt) sammen med pasienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sum skåre (min 0 maks 60)

Kommentarer:
