

OBS-demens

Vurderingsskjema for eldre med mental svikt og demens

Vurdering av skalaens anvendbarhet

OBS-demens er utviklet som et hjelpemiddel for planlegging og igangsetting av *miljøbehandling* for aldersdemente. Skjemaet måler hvordan ferdigheter mestres i dagliglivet; dvs det faktiske funksjonsnivået pasienten har på ulike områder. OBS-demens kan brukes såvel til *institusjonspasienter* som til *hjemmeboende*.

Skåringene baserer seg på observasjoner som gjøres av den/de viktigste omsorgspersonene rundt den gamle. Skjemaet har tre hovedbruksområder i forhold til miljøbehandling:

1. Å være et praktisk arbeidsinstrument i planlegging av tiltak. Skjemaet måler blant annet fungering i dagliglivet. Et utfylt skjema gir et bilde av pasientens ressurser alternativt reduksjon på ulike områder og kan være et viktig grunnlag for å vurdere miljøtiltak i forhold til den enkelte.
2. Å måle endring i fungering over tid, spesielt med hensyn til å evaluere effekt av igangsatt miljøbehandling. Utfylling av funksjonssirkelen som følger med skjemaet, gir et visuelt inntrykk av endring på ulike funksjoner.
3. Å brukes som et hjelpemiddel i internopplæring gjennom at flere pleiere uavhengig av hverandre vurderer samme pasient med OBS. Ulike skåringer av forskjellige pleiere, kan være et godt utgangspunkt til å samtale om hvordan pasienten oppfattes forskjellig og derfor kanskje også behandles forskjellig.

Validitet

De enkelte ledd i skjemaet er prøvd ut i forhold til MMS og KDV. Det er tilfredstillende verdier i forhold til enkeltledd på *orientering*, *hukommelse*, *språk* og *selvhjelp*.

Funksjonsområdene *sosial fungering* og *følelsesmessige forhold* som inngår i skjemaet, har ikke inngått i validitetsundersøkelsen. Fra andre undersøkelser vet en at dette er funksjonsområder der det ikke kan forventes klar forverring ved økende mental svikt. Dette gjelder f.eks. depresjon ved aldersdemens, hvor det ikke er påvist at grad av depresjon øker ved grad av mental svikt.

Kryssvalidering	OBS/MMS	OBS/KDV
Orientering	0.79	0.88
Hukommelse	0.71	0.86
Språk	0.81	0.76
Selvhjelp	0.74	0.85

(Spearman's korrelasjonskoeffisient)



**Nasjonalt
kompetansesenter for aldersdemens**
utvikling formidling forskning

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf. 33 34 19 50, faks 33 33 21 53
www.nordemens.no

<i>Reliabilitet</i>	Samsvar mellom ulike omsorgspersoners skåringer i forhold til samme pasient er undersøkt og vurderes som tilfredstillende. Interrater reliabilitet ligger mellom 0,52-0,83 (Spearman's korrelasjonskoeffisient).
<i>Brukervennlighet</i>	Skjemaet bygger på observasjoner i dagliglivet, og kan utfylles på grunnlag av den vanlige kontakten som en har med pasienten. Dette betyr at bruk av skjema kan gjøres av hjemmesykepleie eller personale i institusjon uten at pasienter blir tatt med i spesielle testsituasjoner eller bedt om å utføre spesielle oppgaver. En unngår dermed at pasienten blir unødvendig konfrontert med sin mentale svikt. Tid som benyttes begrenser seg til det tidsrommet som brukes på å fylle ut skjemaet.
<i>Konstruksjon</i>	Kombinert skala.
<i>Brukerveiledning</i>	<p>Vurderingen bygger på observasjon av pasienten i dagliglivet. Evaluering gjøres på grunnlag av observasjoner foretatt innenfor de siste 14 dager.</p> <p>Skåringene er gradert fra 6 som er normal fungering til 0 som er alvorlig redusert fungering. Skåringen gjøres ved at man finner fram til det utsagnet som passer best for pasienten innenfor hver underkategori. Disse utsagnene har alle skåring 6, 4, 2 og 0. Dersom pasienten vurderes å fungere på et nivå mellom to utsagn eller en er usikker på hvilket av to nivå som er riktig, skåres mellom disse to nivå (<i>skåring 5, 3, 1</i>).</p> <p>Miljøvariabler som en vurderer har betydning for funksjonsnivået på de enkelte spørsmål, noteres i skjemaet. Det kan f.eks gjelde i hvilke situasjoner den gamle blir utagerende. Hvis pasienten på grunn av alvorlig fysisk svekkelse som syn, hørsel eller frakturer, ikke er i stand til å utføre oppgaver (f.eks. kle på seg, lesing), skåres prestasjon og årsaken noteres i skjemaet.</p> <p><i>Som oftest</i> er i skjemaet definert som 50 % av tilfellene, f.eks. pasienten husker i mer enn halvparten av tilfellene hvilken ukedag det er.</p> <p><i>Av og til</i> nyttes om oftere enn tilfeldig, men færre enn halvparten av tilfellene.</p> <p>Dersom det er uaktuelt å vurdere en oppgave, f.eks. finne fram i avdelingen for en sengeliggende pasient, skåres dette ved å sette skåringen «X» og årsak noteres i skjemaet.</p>

OBS-demens^{*)}

Vurderingsskjema for eldre med mental svikt og demens

Vurderingsskjemaet er beregnet for bruk i institusjon og åpen omsorg.
Skjemaet er utviklet av Per Kristian Haugen og Arnfinn Eek.

Pasientens navn:

Fødselsår/dato:

Dato utfylt:

Utfylt av:

Stilling:

Syn:

Geriatrisk leseprøve:

Hørsel:

A. Orientering

1. Tidsorientering - måned/årstid

Notat

Fungerer uten problemer når det gjelder
tidsorientering, kjenner ukedag, måned og år.

6

5

Kan angi år og måned, men som oftest ikke
ukedag/dato

4

3

Kan angi riktig årstid

2

1

Kan nesten aldri angi riktig årstid

0

2. Alder (fødselsår godtas ikke)

Notat

Kan alltid oppgi egen alder korrekt

6

5

Tar av og til feil av egen alder, men kan som
oftest oppgi tilnærmet riktig alder (+/-2 år)

4

3

Opplever som oftest seg selv som gammel,
men tar feil av alderen (+/-15 år)

2

1

Ikke orientert om egen alder

0

3 A. Sted (institusjonsbeboere)		Notat
Kan angi riktig navn på institusjon	6	
	5	
Kan angi «sykehjem», «sykehus», «institusjon» som oppholdssted	4	
	3	
Kan av og til angi riktig sted («sykehjem» o.l.)	2	
	1	
Kan ikke oppgi riktig sted	0	
3 B. Sted (hjemmeboende)		Notat
Kan oppgi egen adresse (gatenavn, post-nummer, tettsted)	6	
	5	
Kan angi den nåværende boligens beliggenhet (sted/tettsted/bydel)	4	
	3	
Oppfatter nåværende bolig som eget hjem	2	
	1	
Oppfatter ikke nåværende bolig som eget hjem	0	
4. Egen familie		Notat
Er godt orientert om sin egen families og nære venners nåværende situasjon. (Kjenner navn, sivilstand, bosted til f.eks. søsken, barn, barnebarn og oldebarn)	6	
	5	
Kan alltid oppgi navn på nærmeste pårørende eller nære venner. Kjenner igjen søsken, barn og barnebarn	4	
	3	
Kjenner nærmeste pårørende	2	
	1	
Kjenner ikke igjen nærmeste pårørende	0	
5. Egen identitet		Notat
Er klar over sin bakgrunn som yrke, sivilstand, tidligere arbeidsplasser og bosteder.	6	
	5	
Kan oppgi bakgrunnsopplysninger om yrke, sivilstand, tidligere arbeidsplasser og fødselsdato.	4	
	3	

Kan oppgi bare enkelte fragmenter om egen bakgrunn	2	
	1	
Kan ikke oppgi detaljer om egen person	0	
6. A. Avdelingsmiljøet (institusjonsboende)		Notat
Finner alltid fram til alle rom i avdelingen og er orientert om hva som ligger i skuffer og skap på eget rom	6	
	5	
Finner alltid frem til WC, eget rom og spiserom	4	
	3	
Kan av og til finne fram til WC, eget rom, spiserom	2	
	1	
Finner ikke fram i avdelingen (unntatt ved prøving og feiling)	0	
6. B. Bomiljøet (hjemmeboende)		Notat
Finner fram i nærmiljøet og til egen bolig, Finner fram til og i alle rom i eget hus/leilighet og er orientert om hva som ligger i skuffer og skap.	6	
	5	
Finner fram til de ulike rom i egen bolig.	4	
	3	
Har som oftest vanskeligheter med å finne fram i egen bolig.	2	
	1	
Finner ikke fram i egen bolig.	0	
B. Hukommelse		
7. Nærhukommelse (aktuell situasjon)		Notat
Husker alltid vesentlige hendelser fra dag til dag detaljert og sammenhengende	6	
	5	
Husker som oftest detaljert fra viktige/spesielle hendelser fra dag til dag (f.eks. fødselsdager, besøk fra pårørende)	4	
	3	
Kan noen ganger huske enkelte fragmenter fra viktige/spesielle hendelser tidligere i livet	2	
	1	
Husker ikke fra dag til dag	0	

8. Fjernhukommelse (tidligere i livet)		Notat
Husker detaljert, presist og sammenhengende fra viktige/spesielle hendelser tidligere i livet	6	
	5	
Husker som oftest noen detaljer fra hendelser tidligere i livet	4	
	3	
Husker noen enkelt detaljer fra hendelser tidligere i livet	2	
	1	
Husker omtrent ikke fra tidligere i livet	0	
C. Språk og kommunikasjon		
9. Språkforståelse		Notat
Forstår og kan delta aktivt og normalt i samtale om generelle tema som f.eks. samfunnsforhold.	6	
	5	
Forstår meningsinnholdet i en normal, dagligdags samtale.	4	
	3	
Oppfatter innholdet i enkle setninger.	2	
	1	
Oppfatter kun enkeltord.	0	
10. Taleflyt		Notat
Bruker sammensatte setninger med normal flyt i talen. Uttrykker seg presist. Ikke ordletingsproblemer.	6	
	5	
Kan noen ganger bruke ufullstendige setninger eller ha problemer med å finne enkelte ord.	4	
	3	
Som oftest vanskelig for å snakke i hele setninger. uttrykker seg som oftest med enkeltord.	2	
	1	
Snakker ikke.	0	
11. Skrivning		Notat
Skriver sammenhengende tekst (f.eks. brev)	6	
	5	
Skriver enkeltsetninger (ikke diktat)	4	
	3	

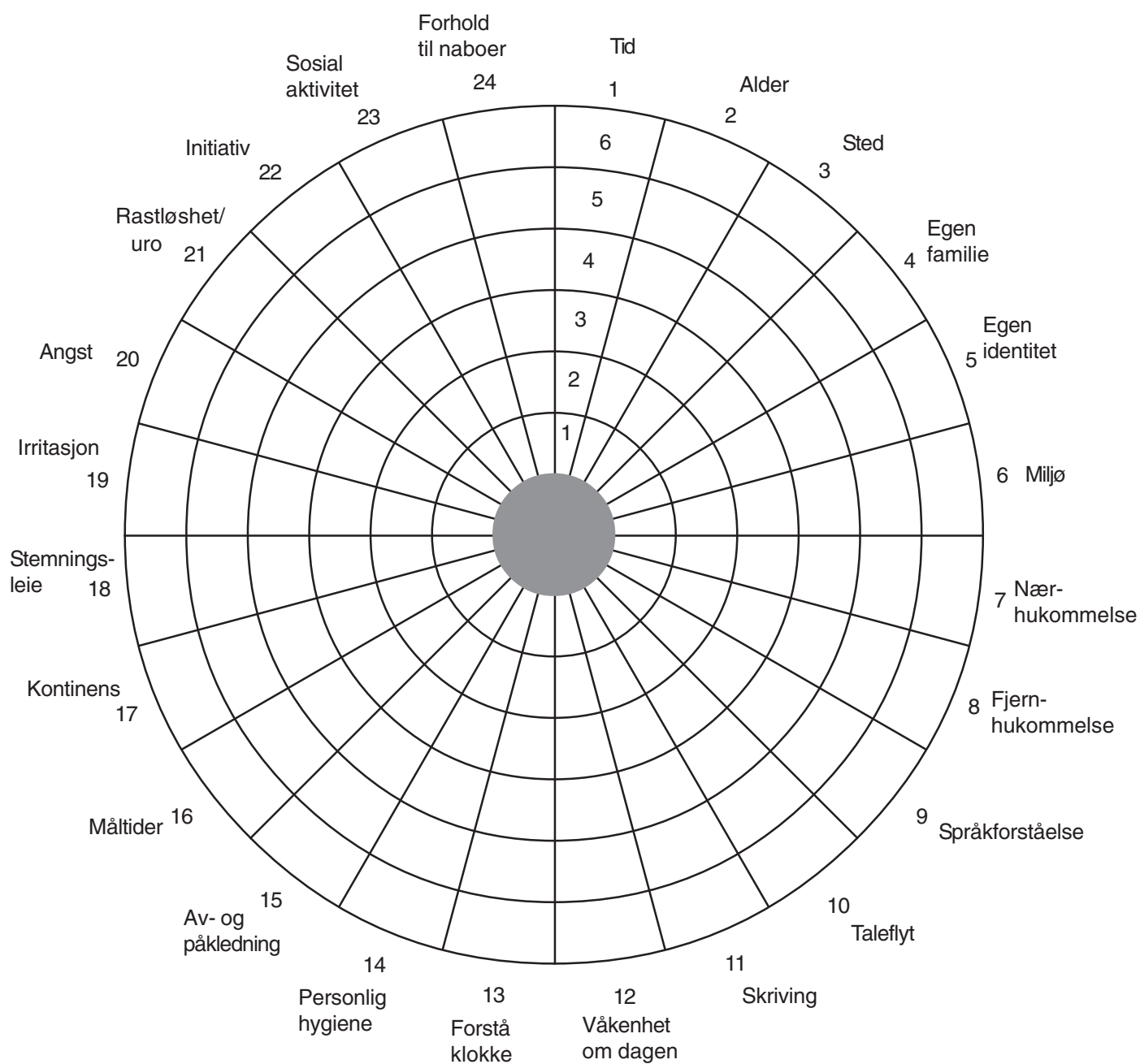
Skriver enkeltord (inkl. eget navn)	2	
	1	
Kan ikke skrive	0	
D. Oppfatte og forstå		
12. Våkenhet om dagen		Notat
Våken om dagen	6	
	5	
Døsig noen ganger om dagen	4	
	3	
Døsig store deler av dagen, kan sovne under samtale.	2	
	1	
Sover størstedelen av dagen	0	
13. Forstå klokka		Notat
Forstår og leser klokka korrekt, slik at det aldri er problem med at tidspunktet knyttes til tid på dagen.	6	
	5	
Leser riktig klokkeslett (timer, minutter), men knytter ikke klokkeslettet til tid på dagen.	4	
	3	
Vansker med å lese klokka (f.eks. leser bare timer).	2	
	1	
Leser ikke klokka	0	
E. Selvhjelp		
14. Personlig hygiene		Notat
Ingen vansker med personlig hygiene. Kan vaske og stelle seg uten muntlig eller fysisk hjelp.	6	
	5	
Vasker seg selv når situasjonen tilrettelegges og klienten gis muntlig rettledning eller støtte.	4	
	3	
Vasker seg ufullstendig. Trenger konkret hjelp, selv når situasjonen tilrettelegges.	2	
	1	
Må ha hjelp til alt vask og stell.	0	

15. Av- og påkledning		Notat
Ingen vansker med av- og påkledning. Kan kle av/på seg uten muntlig eller fysisk hjelp.	6	
	5	
Kler på/av seg når situasjonen tilrettelegges og det gis muntlig rettleiding eller støtte.	4	
	3	
Kler ufullstendig på/av seg. Trenger konkret hjelp, selv når situasjonen tilrettelegges.	2	
	1	
Må ha hjelp til all påkledning	0	
16. Måltider		Notat
Ingen problemer under spising	6	
	5	
Noe problemer med spising, f.eks. vansker med bruk av bestikk, men spiser uten muntlig eller fysisk hjelp/tilrettelegging.	4	
	3	
Spiser selv når situasjonen tilrettelegges og/eller det gis muntlig hjelp/støtte.	2	
	1	
Må helt eller delvis mates	0	
17. Kontinens		Notat
Kontinent dag/natt	6	
	5	
Som oftest kontroll på vannlatning både dag og natt (inkont. mindre enn 3 g pr. uke, dag/natt)	4	
	3	
Inkontinent for uring om natten, som oftest kontroll på vannlatning om dagen.	2	
	1	
Inkontinent for urin og avføring	0	
F. Følelsesmessig fungering		
18. Stemningsleie		Notat
Normalt stemningsleie	6	
	5	
Lett senket stemningsleie, i uker trist og nedfor	4	
	3	

Moderat senket stemningsleie, virker som oftest trist og nedfor.	2	
	1	
Alvorlig senket stemningsleie, nesten alltid fortvilet.	0	
19. Irritasjon/utagering		Notat
Adekvate reaksjoner	6	
	5	
Kan av og til bli irritert og sint, kan skjelle ut personer rundt seg tilsynelatende uten grunn.	4	
	3	
Ofte sint og oppførende. Kan være truende/krevende overfor personer rundt seg, eller ødelegge ting.	2	
	1	
Kan gå fysisk til angrep på personalet og medpasienter.	0	
20. Angst		Notat
Virker normalt trygg i dagliglivet.	6	
	5	
Kan bli engstelig i nye situasjoner, ved undersøkelser, i møte med nye mennesker e.l.	4	
	3	
Ofte engstelig i hverdagssituasjoner.	2	
	1	
Er nesten alltid redd og engstelig og/eller ofte panikkreaksjoner.	0	
21. Rastløshet/uro		Notat
Ikke rastløs og urolig	6	
	5	
Av og til rastløs og urolig	4	
	3	
Som oftest rastløs og urolig når våken	2	
	1	
Kontinuerlig rastløs/uroelig. Går hele tiden rundt dersom det er fysisk mulig, eller er hele tiden urolig i stol eller seng.	0	

22. Initiativ		Notat
Tar selv initiativ og ansvar for å utføre daglige aktiviteter som f.eks. telefonere, skrive brev, handle, vaske opp, lese, se på TV, høre radio, håndarbeid.	6	
	5	
Må som oftest hjelpes til å komme i gang med daglige aktiviteter, men lar seg lett motivere til å gjøre noe.	4	
	3	
Trenger kontinuerlig motivering for å utføre daglige aktiviteter.	2	
	1	
Ikke aktiv i daglige aktiviteter selv med kontinuerlig motivering.	0	
G. Sosial fungering:		
23. Deltagelse i sosial aktivitet		Notat
Tar initiativ til samvær med andre	6	
	5	
Deltar i sosialt samvær satt i gang av andre	4	
	3	
Passiv deltagelse, følger med i det som foregår.	2	
	1	
Deltar ikke i sosial aktivitet	0	
24. Forhold til naboer/medbeboere		Notat
Har et godt forhold til en eller flere naboer/medbeboere. Er ofte sammen - gjør ting sammen.	6	
	5	
Er av og til sammen med naboer/medbeboere, ingen spesielle kontakter	4	
	3	
Sammen med naboer/medbeboere kun når det tilrettelegges av andre.	2	
	1	
Ikke sammen med andre	0	

OBS-demens



Skraver inn skåringene i sirkelen

Skjema kan bestilles fra: