

<b>Datum</b>				<b>Namn</b>			
_____	_____	_____	_____	_____			
år	månad	dag	kl	<b>Probnr</b> _____ - _____ - _____			

**Anvisningar:** Bedöm individens tillstånd såsom det varit under senaste tiden utifrån följande frågeformulär. Skattningspoängen kan bli antingen 0, 1, 2, 3, 4, 5 eller 6 på varje fråga. Sätt ett kryss för det svarsalternativ Du tycker stämmer överens med tillståndet. Om tillståndet ej motsvarar vad som definieras utan ligger någonstans emellan, kryssa för alternativ 1, 3 eller 5. För 3 variabler finns det möjlighet att även skatta 9 = ej skattningsbar

## Motoriska funktioner

Följande variabler avser motorisk förmåga – ej motivation

		0	1	2	3	4	5	6	
1	<b>Motorisk oförmåga, till av- och påklädning</b>	Klär sig helt själv <input type="checkbox"/>		Får hjälp med knappar, dragkedja och dylikt <input type="checkbox"/>		Måste ha hjälp av vårdare vid av- och påklädning, men deltar aktivt <input type="checkbox"/>		Måste kläs helt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<b>Motorisk oförmåga att klara sig i matsituationen</b>	Äter själv <input type="checkbox"/>		Behöver tillsyn och hjälp i matsituationen <input type="checkbox"/>		Måste alltid ha tillsyn men hjälper till själv <input type="checkbox"/>		Måste matas helt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<b>Nedsatt fysisk aktivitet</b>	Kan gå obehindrat, eventuellt med käpp <input type="checkbox"/>		Behöver stöd (amantistöd, rollator etc) <input type="checkbox"/>		Behöver levande stöd <input type="checkbox"/>		Är stolsbunden eller sängbunden <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<b>Nedsatt spontanaktivitet</b>	Normal motorik och spontanaktivitet. Kan tex ringa från telefonautomat och göra inköp i affär eller kiosk <input type="checkbox"/>		Sitter ofta mer stilla än vad som anses vara normalt, men enkel stimulering förmår personen till spontana aktiviteter <input type="checkbox"/>		Rör sig spontant endast vid kraftig stimulering som tex när anhöriga kommer på besök <input type="checkbox"/>		Visar ingen spontanaktivitet. Rör sig endast vid direkt uppmaning, såsom tillsägelse att gå till matsal, säng osv eller som svar på att elementära behov skall tillfredställas (exempelvis toalettbesök) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<b>Motorisk oförmåga att klara av personlig hygien</b>	Kan sköta den personliga hygien själv, tex klarar att tvätta sig, kamma sig, borsta håret och tänderna <input type="checkbox"/>		Måste ha viss hjälp vid dusch och bad, men klarar övrig toalett själv <input type="checkbox"/>		Måste ha hjälp men deltar själv aktivt <input type="checkbox"/>		Måste hjälpas helt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Oförmåga att kontrollera blåsa och tarm</b>	Kan kontrollera blåsa och tarm <input type="checkbox"/>		Misslyckas någon gång med vattenkastningen men klarar sig för övrigt med påminnelse eller om han/hon blir snabbt hjälpt till toalett eller med bäcken <input type="checkbox"/>		Misslyckas ofta med vattenkastningen – flera gånger i veckan – och/eller är faecesinkontinent <input type="checkbox"/>		Ständig urin och/eller faecesinkontinent <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Datum</b>				<b>Namn</b>			
_____	_____	_____	_____	_____			
år	månad	dag	kl	<b>Probnr</b> _____ - _____ - _____			

### Intellektuella funktioner

		0	1	2	3	4	5	6	
7	<b>Nedsatt rumsorientering</b>	Vet vilken geografisk ort, vilket sjukhus/avdelning/-rum han/hon befinner sig på dvs helt orienterad i rummet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har brister i rumsorienteringen, men är orienterad på den egna avdelningen eller i sitt hem <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorienterad dvs har brister i orienteringen på den egna avdelningen eller i sitt hem <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helt desorienterad i rummet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<b>Nedsatt tidsorientering</b> <b>Ej skatttningsbar</b> <b>9</b> <input type="checkbox"/>	Helt orienterad i tiden, dvs känner till veckodag, datum, månad och år <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Delvis orienterad, klarar åtminstone två av tidsvariablerna veckodag, datum, månad och år <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vet vilken årstid det är <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helt desorienterad i tiden <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<b>Nedsatt personorientering</b>	Känner väl till sitt namn, yrke, ålder och födelsedatum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Känner till sitt namn men kan brista i vetskapen om övriga uppgifter om den egna personen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan endast hjälpligt sitt namn <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helt desorienterad till sin egen person <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<b>Nedsatt närminne</b>	Ingen närminnestörning, känner till vad som hänt de senaste dygnet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsatt närminne, vilket dock endast märks vid mer ingående samtal eller prövningar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Så nedsatt närminne, att det även märks vid ytliga samtal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Närminnet helt utplånat, kommer inte ihåg något från den ena stunden till den andra <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<b>Nedsatt fjärrminne</b>	Ingen fjärrminnesstörning - minns vid ingående samtal namnen på för honom/henne viktiga personer samt viktiga politiska eller andra händelser i barn- och ungdomsåren <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan inte svara på föregående frågor. Har svårt att minnas viktiga personer och viktiga politiska händelser från tidigare perioder i livet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har märkbart nedsatt fjärrminne, vilket märks vid ytliga samtal, minns t ex ej familjemedlemmarnas namn, antal, var dessa bor osv <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fjärrminnet är helt utplånat <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<b>Nedsatt vakenhet</b>	Helt vaken <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förfaller av och till lätt dåsig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visar tecken på dåsig-het, men endast lätta uppmaningar krävs för att han/hon skall hålla sig vaken <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somnolent dvs dåsig. Går att väcka, men han/hon sjunker snart tillbaka i dåsig-heten igen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<b>Nedsatt koncentration</b>	Inga koncentrations-svårigheter, har inte några svårigheter att samla tankarna i intervju-situationer, följa ett TV-program eller läsa en skriven text <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan periodvis verka okoncentrerad, dvs han/hon avviker då och då från diskussionsämnet och har vissa svårigheter att läsa eller följa ett TV-program <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Påtagligt koncentrationsstörd, vilket gör att det är svårt för honom/henne att hålla en rak linje i samtalet eller finna sammanhang i TV-program, tidningsartiklar och dylikt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Så grava brister i sin koncentrations-förmåga att något meningsfullt samtal ej kan genomföras <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Datum</b>				<b>Namn</b>			
_____	_____	_____	_____	_____			
år	månad	dag	kl	<b>Probnr</b> _____ - _____ - _____			

		0	1	2	3	4	5	6	
14	<b>Oförmåga att öka tempo</b>	Klarar att skynda sig då detta krävs  <input type="checkbox"/>	Då man skyndar på personen försämras prestationsförmågan påtagligt. Han/hon klarar dock uppgiften  <input type="checkbox"/>	När man skyndar på personen försämras prestationsförmågan i sådan utsträckning att ej ens enkla uppgifter kan genomföras och han/hon kan bli retlig, orolig och/eller förvirrad  <input type="checkbox"/>	Så avtrubbad att han/hon inte alls reagerar när man försöker skynda på honom/henne  <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
15	<b>Förströddhet</b>	Normalt samlad  <input type="checkbox"/>	Kan periodvis verka förströdd  <input type="checkbox"/>	Måttligt men konstant förströdd  <input type="checkbox"/>	Konstant kraftigt förströdd, oförmögen till målinriktad och meningsfull sysselsättning  <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
16	<b>Omständlighet</b> <b>Ej skattningsbar</b> <b>9</b> <input type="checkbox"/>	Uttrycker sig naturligt  <input type="checkbox"/>	Av och till mångordig och detaljrik i sin framställning, dock inga som helst problem med att hålla sig till ämnet  <input type="checkbox"/>	Konstant mångordig, detaljrik och har svårigheter att "komma till sak" samt gör många utvecklingar från ämnet  <input type="checkbox"/>	Ingen förmåga att uttrycka vad han/hon önskar, förlorar sig helt i ordrika detaljer  <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
17	<b>Distraherbarhet, (benägenhet att störas av ovidkommande stimuli)</b>	Uppmärksamheten kvarhålls normalt vid stimulering  <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten störs då och då av ovidkommande stimuli  <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten är påfallande och konstant störd  <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten är så allvarligt störd att meningsfull aktivitet ej kan genomföras (t ex lättare sysslor eller ett ordnat samtal)  <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

## Emotionella funktioner

		0	1	2	3	4	5	6	
18	<b>Avtrubbad emotionell funktionsförmåga</b>	Ingen funktionsstörning, har förmåga att reagera i olika situationer dvs kan känna sorg, glädje, hat, rädsla, ilska mm  <input type="checkbox"/>	Funktionsstörning förekommer ibland. Kan uppvisa tecken på emotionella funktioner, men de "fina nyanser som karakteriserat personen tidigare har gått förlorade  <input type="checkbox"/>	Kan uppvisa tecken på glädje, sorg osv, men gör det på ett grovt och onyanserat sätt  <input type="checkbox"/>	Helt utslucknade emotionella funktioner, har ej förmåga att uppvisa tecken på sorg, glädje, hat, rädsla, ilska osv  <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
19	<b>Emotionell labilitet</b> <b>Ej skattningsbar</b> <b>9</b> <input type="checkbox"/>	Kan normalt kontrollera sina känslomässiga reaktioner  <input type="checkbox"/>	Gråter eller skrattar vid kraftig känslomässig stimulering på ett ohämmat eller överdrivet sätt  <input type="checkbox"/>	Reagerar även vid måttlig känslomässig stimulering på ett ohämmat sätt  <input type="checkbox"/>	Förmågan att kontrollera känslomässiga reaktioner är helt upphävd  <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
20	<b>Nedsatt motivation</b>	Motiverad för aktiviteter och sysselsättning  <input type="checkbox"/>	Behöver en hel del uppmuntran för att påbörja en uppgift och uppvisar oftast ett passivt intresse  <input type="checkbox"/>	Brister tydligt i sin motivation och kräver konstant uppmuntran för att påbörja och fullfölja en uppgift  <input type="checkbox"/>	Överhuvudtaget inte motiverad och påbörjar aldrig spontant en uppgift. Inte heller vid mycket kraftig stimulering kan personen förmås delta  <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

<b>Datum</b>				<b>Namn</b>			
_____	_____	_____	_____	_____			
år	månad	dag	kl	<b>Probnr</b> _____ - _____ - _____			

### Symptom vanliga vid demenssyndromet

		0	1	2	3	4	5	6	
21	<b>Förvirring</b>	Har förmåga att tänka klart och har riktiga kontakter med omgivningen		Förfaller villrådig och sökande		Uppenbart förvirrad. Intervjun är svår och tidsödande. Svaren är ofta inadekvata, men korta stunder av klarhet kan finnas		Helt förvirrad, vilket gör meningsfull kommunikation omöjlig	<input type="checkbox"/>
22	<b>Irritabilitet</b>	Uppvisar inga tecken på irritabilitet – är lugn		Uppvisar av och till tecken på irritabilitet, i synnerhet vid närgångna frågor		Kontakt som ej borde vara provocerande utlöser ofta irritabilitet, som ej alltid kan bemästras		All kontakt utlöser kraftig irritabilitet, som ej kan bemästras	<input type="checkbox"/>
23	<b>Ängslighet</b>	Uppvisar ingen överdriven ängslighet		Av och till bekymrad, oroar sig i onödan för saker och ting, men kan behärska sig		Ständigt överdrivet ängslig och oroar sig för småsaker men kan avledas		Så påtagligt ängslig att han/hon ej kan utföra ändamålsenliga handlingar. Oroar sig för bagateller. Kan ej avledas	<input type="checkbox"/>
24	<b>Ängestkänslor</b>	Har vare sig psykiska eller kroppsliga tecken på ängest		Uppvisar tillfälligt tecken på vag psykisk olust, men tillståndet kan behärskas		Uppvisar ständigt tecken på diffus psykisk olust som kan stegras till panik. Tillståndet präglas av kroppshållningen och vegetativa symptom som svettning och hjärtklappning kan föreligga. Kan ej avledas		Uppvisar tecken på kraftig diffus psykisk olust med långdragna panikattacker. Känslor av skräck och/eller dödsängest förekommer och kan ej bemästras	<input type="checkbox"/>
25	<b>Sänkt stämning</b>	Neutralt stämningläge		Förefaller av och till nedstämd och självförebärande, men stunder av ljusare stämningläge förekommer		Påfallande nedstämd, vilket inte bara märks verbalt utan även i ansiktsuttryck och kroppshållning (kan tex tycka sig vara försummad av familj och vänner samt klagar över värk, trötthet, tidigt uppvaknande, sömnproblem mm)		Extremt deprimerad, vilket gör honom/henne oförmögen att fungera i de allra flesta situationer	<input type="checkbox"/>
26	<b>Rastlöshet</b>	Ingen rastlöshet		Vissa tecken på rastlöshet, dvs ändrar ställning flera ggr under samtalet, har tex svårt att hålla händer och fötter stilla och plockar gärna med föremål		Förefaller påtagligt rastlös. Kan ej sitta still och gör ständiga ansatser att resa sig under samtalet, vrider t ex händerna eller plockar intensivt med närliggande föremål		Vandrar nästan ständigt av och an och kan ej ens för korta stunder förmås att sitta still	<input type="checkbox"/>

Bedömare.....

