



# OBS-demens

## VURDERINGSSKJEMA FOR PERSONER MED KOGNITIV SVIKT OG DEMENS

Benyttes for oppfølging av personer  
i dagaktivitetstilbud eller bemannet døgntilbud

**NAVN:** \_\_\_\_\_

*Fødselsdato og år:* \_\_\_\_\_ *Kartleggingsdato (dd.mm.år):* \_\_\_\_\_

*Skjemaet er utfyllt av ansatte (navn):* \_\_\_\_\_

# OBS-demens

## Vurderingsskjema for personer med kognitiv svikt og demens

### Bruksområde

OBS-demens er utviklet som et hjelpemiddel for planlegging, igangsetting og oppfølging av *miljøbehandling for personer med kognitiv svikt og demens*.

Skåringene baserer seg på observasjoner som gjøres av de viktigste omsorgspersonene rundt personen. Dette kan være primærkontakt og andre som kjenner personen godt – to til tre ansatte. Ved flere påfølgende kartlegginger med OBS-demens, er det svært viktig at de samme medarbeiderne utfører kartleggingen.

OBS-demens benyttes for kartlegging av fungering hos personer med opphold i dagaktivitetstilbud og/eller døgntilbud. Observasjonene gjøres over tid i ulike situasjoner i miljøet, og i samvær også med andre personer og personell.

Kartlegging av hjemmeboende kan gjøres i samarbeid mellom primærkontakt i hjemmetjenestene og personell ved et dagaktivitetstilbud, eller ved et korttidsopphold i et døgnbemannet tilbud.

For å sikre best mulig kvalitet på observasjoner og vurderinger, anbefales det at personellet som utfører kartleggingen kjenner personen godt. Kartleggingen baseres på oppfølging over minimum to uker.

### **OBS-demens skjemaet er utarbeidet for tre bruksområder:**

#### **1. Planlegging av tiltak**

OBS-demens gir et bilde av personens ressurser og på hvilke områder det er behov for miljøtiltak.

#### **2. Endring over tid**

Funksjonssirkelen som følger med skjemaet, kan ved gjentatte vurderinger gi et visuelt inntrykk av endringer over tid, og være et hjelpemiddel for å planlegge og evaluere miljøtiltak.

#### **3. Hjelpemiddel i internopplæring**

Flere medarbeidere kan uavhengig av hverandre, men på samme tidspunkt, vurdere en person med OBS-demens. Ulike skåringer vil gi utgangspunkt for faglige drøftinger om hvordan man observerer og vurderer.

### Brukerveiledning

Skjemaet fylles ut på grunnlag av observasjoner i den vanlige kontakten en har med personen, og gjøres uten at personen blir tatt med i testsituasjoner. En unngår dermed at personen unødvendig blir konfrontert med sin kognitive svikt.

Skåringene for de ulike funksjonsområdene gjøres på grunnlag av de siste 14 dages kontakt med, og observasjoner av, personen.

Skåringene er gradert fra:

**7** = normal fungering, til

**1** = alvorlig redusert fungering.

Skåringen gjøres ved at man finner fram til det utsagn som passer best for personen innenfor hver kategori.

Utsagnene har skåre **7, 5, 3** og **1**. Dersom personen vurderes til å fungere på et nivå mellom to utsagn, eller en er usikker på hvilket av to nivå som er riktig, skåres det mellom de to nivåene (skåre **6, 4**, eller **2**).

Miljøfaktorer som en vurderer har betydning for funksjonsnivået på de enkelte spørsmål, noteres i skjemaet.

Hvis personen ikke er i stand til å utføre oppgaver på grunn av fysisk funksjonssvikt settes en ring rundt **X** i notatfeltet og årsaken noteres i skjemaet.

### **Skåring av hyppighet**

*Som oftest:* Lik eller over halvparten av tilfellene. Personen husker for eksempel hvilken ukedag det er i mer enn halvparten av tilfellene.

*Av og til:* Oftere enn tilfeldig, men færre enn halvparten av tilfellene.

### **Videre kartlegging**

Det anbefales å sette opp tidspunkt for påfølgende OBS-demens kartlegging.

Ved behov for nærmere kartlegging av for eksempel søvn, smerte, delirium, depresjon, ADL og atferd, anbefales å bruke verktøy som er laget for dette formålet.

Se [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

### ©Forlaget Aldring og helse 2018

OBS-demens er utviklet på bakgrunn av et skjema utarbeidet på slutten 1970-tallet av Arnfinn Eek, Per Kristian Haugen og Tore Mordal. Skjemaet ble videreutviklet i klinisk virksomhet ved den alderspsykiatriske utredningsavdelingen ved Granli senter i Vestfold, og er seinere revidert ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i 1996, 2010 og i 2018. Ansvarlige for revisjonen i 2018 er: Betty Sandvik Døble (prosjektleder), Arnfinn Eek, Per Kristian Haugen, Øyvind Kirkevold, Kari Midtbø Kristiansen, Anne Marie Mork Rokstad, Thale Kinne Rønqvist, Allan Øvereng, Guro Hanevold Bjørkløf.

# OBS-demens

Navn: \_\_\_\_\_

Fødselsdato (dd.mnd.år):

OBS-demens kartlegging nr:

Kartleggingsdato (dd.mnd.år):

Første kartlegging (dd.mnd.år):

Primærkontakt (navn):

\_\_\_\_\_

Skjemaet er utfylt av (navn):

\_\_\_\_\_

Andre medarbeider som deltar i kartleggingen (navn):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## OBS-kartlegging utført i:

Dagaktivitetstilbud  Døgntilbud

Personen er tildelt opphold i enheten fra dato:

## Kartleggingen er bestilt av:

Saksbehandler  Lege  Avdelingsleder  
 Primærkontakt  Andre \_\_\_\_\_

Merknader:

## Tidligere utført OBS-kartlegging dato(er):

Antall OBS-skjemaer som foreligger:

## Vurdering av syn:

Er det gjennomført synstest?

## Vurdering av hørsel:

Personen har fungerende hørselshjelpemiddel (type):

Morsmål: \_\_\_\_\_

## 1. Tidsorientering: Ukedag – måned – årstid

Skåre gis ut fra fungering uten bruk av hjelpemidler som kalender, aviser etc.

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Ingen problemer når det gjelder tidsorientering, kan oppgi ukedag, måned og år	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Kjenner måned og år, men som oftest ikke ukedag	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Kjenner riktig årstid	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Ikke orientert for tid	1	<input type="checkbox"/>		

## 2. Stedsorientering

Å oppgi navn innebærer at personen angir riktig navn på dagaktivitets- eller døgntilbudet eller et navn på stedet som brukes i dagligtale.

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Kan oppgi navnet på dagaktivitets- eller døgntilbudet	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Kan oppgi «sykehjem» eller «dagtilbud» som oppholdssted	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Kan av og til oppgi riktig sted («sykehjem» eller liknende)	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Ikke orientert for sted	1	<input type="checkbox"/>		

## 3. Orientering i innemiljø

Finner personen fram i miljøet? På dagaktivitetstilbudet kan dette være å finne garderobe, WC og oppholdsrom. For en som er i døgntilbud kan det være å finne eget rom og WC.

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Finner alltid fram til alle rom i dagaktivitets- eller døgntilbudet. Er orientert om hva som ligger i skuffer og skap på eget rom	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Finner alltid fram til eget rom, WC og spiserom	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Kan av og til finne fram til eget rom, WC og spiserom	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Finner ikke fram i innemiljøet på heldøgns- eller dagtilbudet	1	<input type="checkbox"/>		

## 4. Egen identitet

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Husker egen alder, bakgrunn og livshistorie som fødselsdager, antall barn, sivilstatus eller tidligere yrke arbeidsplass interesser, hobbyer	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Husker egen fødselsdato, viktige detaljer og episoder fra eget liv	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Gjenkjenner noen detaljer fra egen bakgrunn og livshistorie når andre snakker om dette	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Kjenner ikke detaljer om egen person	1	<input type="checkbox"/>		

## 5. Egen familie og nære venner

*Definer dere imellom hvem som kan sies å være personens nære venner.*

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Er godt orientert om sin egen families og sine nære venners nåværende situasjon	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Kan alltid oppgi navn på nærmeste pårørende, barnebarn, søsken eller nære venner	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Gjenkjenner nærmeste pårørende (ektefelle/samboer, barn)	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Kjenner ikke igjen nærmeste pårørende	1	<input type="checkbox"/>		

## 6. Hukommelse for hendelser

*Hendelser kan være besøk av familie og venner, deltakelse i aktiviteter og på arrangementer, eller avtaler som f. eks. frisør.*

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Husker hendelser fra dag til dag, detaljert og sammenhengende, også avtaler om ting som skal skje i nær framtid	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Husker som oftest viktige hendelser fra dag til dag	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Kan av og til huske noe fra hendelser fra dag til dag	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Husker ikke fra dag til dag	1	<input type="checkbox"/>		

## 7. Forståelse av tale

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Forstår og kan delta aktivt i samtale om generelle temaer	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Forstår meningsinnhold i en dagligdags samtale	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Oppfatter innholdet i enkle setninger	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Oppfatter kun enkeltord	1	<input type="checkbox"/>		

## 8. Taleflyt

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Bruker setninger med normal taleflyt. Uttrykker seg presist	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Kan noen ganger bruke ufullstendige setninger, og kan av og til stoppe opp	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Uttrykker seg som oftest med enkeltord, og har vanskelig for å snakke i hele setninger	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Snakker ikke	1	<input type="checkbox"/>		

## 9. Skrivning

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Skriver sammenhengende tekst (f. eks. brev)	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Skriver enkeltsetninger	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Skriver enkeltord inkl. eget navn	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Kan ikke skrive	1	<input type="checkbox"/>		

## 10. Forståelse av klokke og tid på døgnet

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Forstår og leser klokka korrekt, slik at det ikke er problemer med å knytte tidspunkt til tid på døgnet	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Forstår og leser riktig klokkeslett, minutter og time, men knytter det ikke til riktig tid på døgnet	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Vansker med å forstå klokka	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Leser ikke klokka	1	<input type="checkbox"/>		

## 11. Personlig hygiene

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Ivaretar personlig hygiene	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Ivaretar personlig hygiene med veiledning eller tilrettelegging	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Ivaretar personlig hygiene på en ufullstendig måte. Trenger hjelp selv når situasjonen tilrettelegges	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Kan ikke ivareta personlig hygiene selv	1	<input type="checkbox"/>		

## 12. Påkledning

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Kan kle seg uten veiledning eller tilrettelegging	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Kan kle seg når situasjonen tilrettelegges og det gis muntlig veiledning	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Kler seg ufullstendig, trenger hjelp selv når situasjonen tilrettelegges	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Kler seg ikke selv	1	<input type="checkbox"/>		

### 13. Handlingsevne

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Tar selv initiativ og gjennomfører daglige aktiviteter som praktiske gjøremål og enkelt husarbeid, og leser blader og aviser	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Må som oftest motiveres for å komme i gang med daglige aktiviteter, men gjennomfører uten vesentlig grad av veiledning og støtte fra andre	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Trenger kontinuerlig motivering, veiledning og tilrettelegging for å gjennomføre daglige aktiviteter	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Er ikke i stand til å gjennomføre daglige aktiviteter	1	<input type="checkbox"/>		

### 14. Måltider

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Ingen vansker med å spise	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Spiser med veiledning og/eller tilrettelegging	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Vansker med å spise, trenger hjelp selv når situasjonen tilrettelegges	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Spiser ikke ved egen hjelp, må alltid ha hjelp til å spise	1	<input type="checkbox"/>		

### 15. Kontinens

*Forhold som bør overveies i vurderingen er for eksempel vansker med å finne fram til toalettet, nye og/eller uoversiktlige omgivelser, urinveisinfeksjon, tidspress knyttet til toalettbesøk.*

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Kontinent for urin og avføring	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Som oftest kontinent for urin og/eller avføring, men uhell kan forekomme	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Delvis inkontinent for urin og/eller avføring	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Inkontinent for urin og/eller avføring	1	<input type="checkbox"/>		



## 16. Stemningsleie

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Normalt stemningsleie	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Senket stemningsleie i perioder, men lar seg påvirke av oppmuntring og/eller hyggelige hendelser	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Senket stemningsleie over tid, virker trist og nedstemt	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Alvorlig og vedvarende tristhet og fortvilelse	1	<input type="checkbox"/>		

## 17. Angst

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Normalt trygg i dagliglivet	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Engstelig i nye situasjoner, ved undersøkelser, i møte med nye mennesker	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Ofte engstelig i hverdagsituasjoner	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Nesten alltid engstelig, kan ha katastrofereaksjoner	1	<input type="checkbox"/>		

## 18. Motorisk urolig

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Ikke motorisk urolig	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Av og til motorisk urolig	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Som oftest motorisk urolig	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Kontinuerlig motorisk urolig	1	<input type="checkbox"/>		

## 19. Irritasjon

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Adekvate reaksjoner	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Kan av og til gi uttrykk for irritasjon uten åpenbar grunn	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Kan ofte gi uttrykk for irritasjon uten åpenbar grunn	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Gir store deler av tiden uttrykk for irritasjon og er oppfarende i miljøet	1	<input type="checkbox"/>		

## 20. Utagering

Her er det ekstra viktig å bruke notatfeltet for å notere seg hva som vurderes er årsaken til utageringen. Det vil som oftest være miljøfaktorer og psykisk tilstand, men kan også være medisiner, smerter, mangel på søvn eller fysisk tilstand. Med utagering menes også truende handlinger fra personen, som verbale og fysiske trusler.

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Adekvate reaksjoner – ikke utagering	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Kan av og til opptre truende ved å skubbe, dytte unna eller skjelle ut personer	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Kan ofte opptre truende ved å skubbe, dytte unna eller skjelle ut personer	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Går fysisk til angrep; kan sparke, slå og ødelegge	1	<input type="checkbox"/>		

## 21. Deltakelse i sosial aktivitet

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Deltar i sosial aktivitet	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Deltar i sosial aktivitet etter initiativ fra andre	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Er til stede i sosial aktivitet, men deltar ikke aktivt	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Deltar ikke i sosial aktivitet	1	<input type="checkbox"/>		

## 22. Våkenhet om dagen

Vurdering	Nivå	X	Notat	X
Våken om dagen	7	<input type="checkbox"/>		
	6	<input type="checkbox"/>		
Døsig noen ganger i løpet av dagen	5	<input type="checkbox"/>		
	4	<input type="checkbox"/>		
Døsig store deler av dagen, kan sovne under samtale	3	<input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/>		
Sover store deler av dagen	1	<input type="checkbox"/>		

## Evalueringer av tiltak

Endring av igangsatte tiltak etter OBS-kartleggingen:

Nye tiltak som iverksettes etter OBS-kartleggingen:

Dato for neste evaluering av tiltakene:

Andre kommentarer: \_\_\_\_\_

Ansvar for journalføring: \_\_\_\_\_ Journalføring utført:

Ny OBS-demens kartlegging er planlagt: \_\_\_\_\_

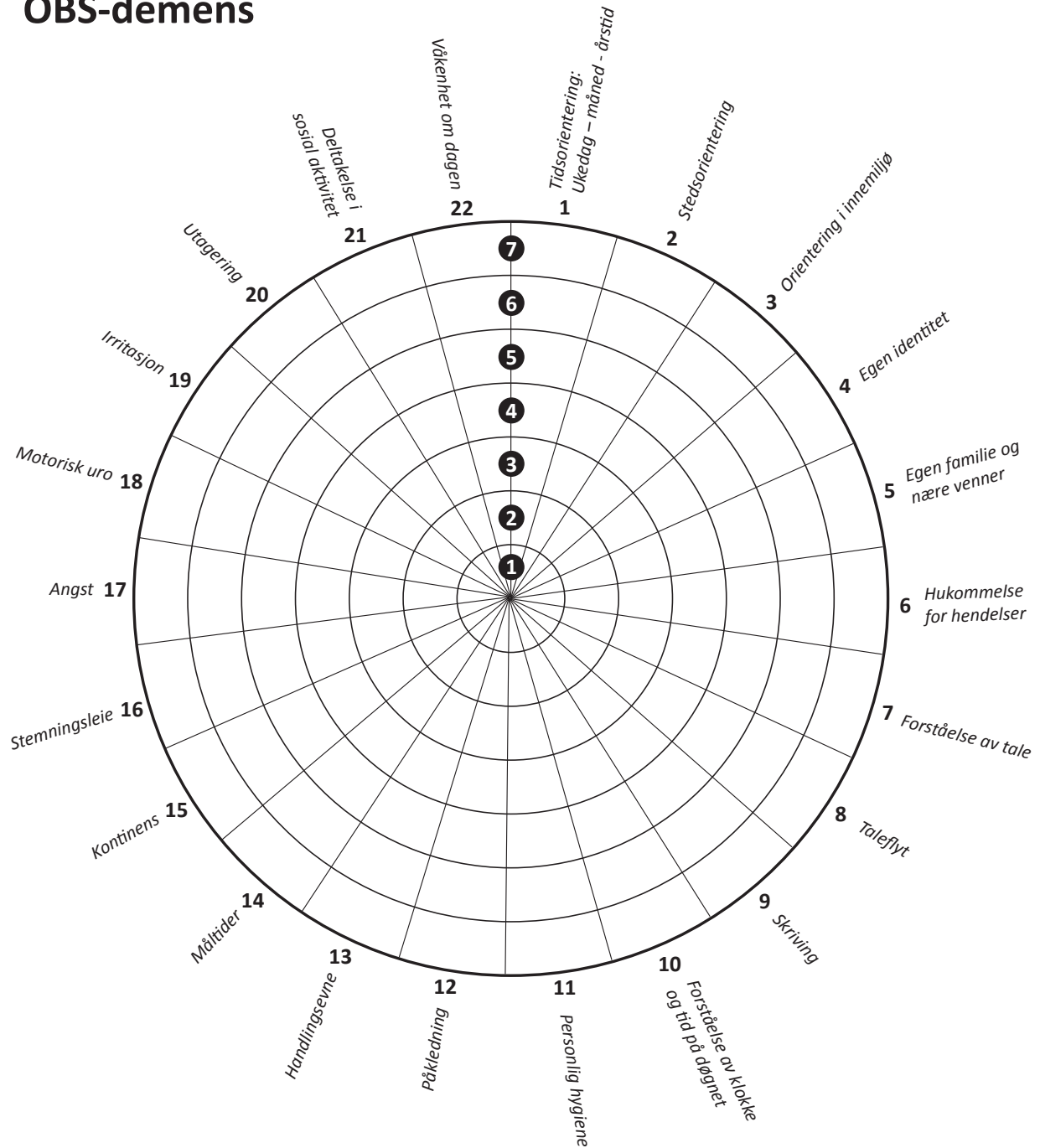
Satt inn i personens oppfølgingsplan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift av primærkontakt

\_\_\_\_\_  
Underskrift av avdelingsleder

Forevist lege: \_\_\_\_\_

# OBS-demens



- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| 1. Tidsorientering:<br>Ukedag – måned - årstid | 8. Taleflyt                               | 16. Stemningsleie                 |
| 2. Stedsorientering                            | 9. Skrivning                              | 17. Angst                         |
| 3. Orientering i innemiljø                     | 10. Forståelse av klokke og tid på døgnet | 18. Motorisk uro                  |
| 4. Egen identitet                              | 11. Personlig hygiene                     | 19. Irritasjon                    |
| 5. Egen familie og nære venner                 | 12. Påkledning                            | 20. Utagering                     |
| 6. Hukommelse for hendelser                    | 13. Handlingsevne                         | 21. Deltakelse i sosial aktivitet |
| 7. Forståelse av tale                          | 14. Måltider                              | 22. Våkenhet om dagen             |
|  | 15. Kontinens                             |                                   |

NAVN: \_\_\_\_\_ Fødselsdato og år: \_\_\_\_\_

Kartleggingsdato (dd.mm.år): \_\_\_\_\_ Utfylt av: \_\_\_\_\_

Utført ved opphold i:  Dagaktivitetstilbud  Døgntilbud



**Aldring og helse**

Nasjonal kompetansetjeneste

[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)