

Neuropsykiatrisk evalueringsskema (NPI)

Emne	Til stede			Hyppighet				Intensitet			H x I	Belastning					
	Nei	Ja	Uakt.	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5	
1. Vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Hallusinasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Agitasjon/agresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Depresjon/dysfori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Oppstemthet/velbefinnende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Apati/likegyldighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Mangel på hemninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Irritabilitet/labilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Avvikende motorisk atferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Natlig atferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Appetitt/endringer i spiseatferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sumskåre	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

Hensikten med intervjuet - fange opp ledsagende symptomer til demens

Skåringsystemet - hyppighet, intensitet, belastning

Spørsmålene dreier seg om atferd som er **ny etter sykdomsdebut** og som **har vært til stede de siste fire ukene** (alternativt annen definert periode). Har atferden vært til stede hele livet, skal spørsmålet besvares med "**nei**" såfremt atferden ikke har endret karakter etter demensdebut. Kryss av "**NA**" (øverst til høyre på hver side) dersom spørsmålet er irrelevant. Spørsmålene kan vanligvis besvares med "**ja**" eller "**nei**".

Vedr. hyppighet - si; Jeg ønsker nå å finne ut hvor ofte disse tingene (atferd eller symptom) skjer. Vil du si at det skjer mindre enn en gang pr. uke, omtrent en gang pr. uke, flere ganger pr. uke eller hver dag?

Vedr. intensitet - si; Jeg ønsker nå å finne ut alvorlighetsgraden av denne/disse atferdsavvikene/symptomene. Med alvorlighetsgrad mener jeg hvor plaget/handikappet pasienten er.

Vedr. belastning - si; Nå vil jeg gjerne vite hvor følelsesmessig belastende denne atferden hos ham/henne er for deg selv. Jeg vil du skal gradere denne belastningen fra mellom 0 og 5, der 0 er "ingen belastning i det hele tatt" og 5 er "svært alvorlig eller ekstremt belastende" for deg selv.

Skjema 11**NEVROPSYKISTRISK EVALUERINGSGUIDE (NPI)***Norsk versjon ved Dag Årslund og Elisabeth Dramsdahl***A. Vrangforestillinger****NA**

Har pasienten overbevisninger som du vet ikke er riktige (for eksempel, insisterer han/hun på at folk prøver å skade eller stjele fra ham/henne?)

Har han/hun sagt at familiemedlemmer ikke er den de utgir seg for å være eller at huset (leiligheten) ikke er deres hjem? Jeg spør ikke om mistenksomhet; jeg er interessert i om pasienten er overbevist om at disse tingene virkelig skjer ham/henne.

Nei (Hvis nei, fortsett videre med neste screeningspørsmål - neste side)

Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Tror pasienten at han/hun er i fare - at andre planlegger å skade ham/henne? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Tror pasienten at andre stjeler fra ham/henne? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Tror pasienten at ektefellen hans/hennes har et utenomekteskapelig forhold? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Tror pasienten at ubudne gjester bor i huset hans/hennes? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Tror pasienten at ektefellen eller andre ikke er den de påstår å være? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Tror pasienten at huset hans/hennes ikke er hans/hennes hjem? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Tror pasienten at familiemedlemmer planlegger å forlate ham/henne? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. Tror pasienten at personer fra fjernsyn eller blader faktisk er tilstede i hjemmet? (Prøver han/hun å snakke med dem?) | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 9. Har han/hun andre uvanlige oppfatninger som jeg ikke har spurt om?
Hvis ja, spesifiser _____ | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |

Hvis screeningspørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og intensitet av vrangforestillingene.

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - vrangforestillinger er tilstede, men virker harmløse og medfører liten belastning for pasienten.
 2. Moderat - vrangforestillingene er belastende og forstyrrende.
 3. Alvorlig - vrangforestillingene er svært forstyrrende og er en hovedårsak til forstyrret atferd. (Hvis eventuellmedisin er foreskrevet, signaliserer bruken av dem at vrangforestillingene er av alvorlig intensitet.)

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt

Skjema 11**B. Hallusinasjoner**

NA

Har pasienten hallusinasjoner slik som uvirkelige syner eller stemmer? Virker det som om han/hun ser, hører eller opplever ting som ikke er virkelige?

Med dette spørsmålet mener jeg ikke misoppfatninger som at en avdød person fremdeles er i live; jeg er ute etter om pasienten har unormale lyd- eller synsopplevelser.

Nei (Hvis nei, fortsett videre med neste screeningspørsmål - neste side)

Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Forteller pasienten at han/hun hører stemmer eller oppfører han/hun seg som om han/hun hører stemmer? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Snakker pasienten til folk som ikke er tilstede? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Sier pasienten at han/hun ser ting som andre ikke ser eller oppfører han/hun seg som om han/hun ser ting som andre ikke ser (personer, dyr, lys, etc)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Forteller pasienten om lukter som andre ikke kan kjenne? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Forteller pasienten at han/hun kjenner ting på huden eller på andre måter føler at noe kribler eller berører ham/henne? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Beskriver pasienten smaksopplevelser som ikke har noen kjent årsak? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Beskriver pasienten andre uvanlige sanseopplevelser? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
- Hvis ja, spesifiser _____

Hvis screeningsspørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og intensitet av hallusinasjonene.

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - hallusinasjonene er tilstede, men virker harmløse og medfører liten belastning for pasienten.
 2. Moderat - hallusinasjonene er belastende og forstyrrende for pasienten.
 3. Alvorlig - hallusinasjonene er svært forstyrrende og er en hovedårsak til forstyrret atferd. (Eventuellmedisin kan være nødvendig for å kontrollere dem.)

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt

Skjema 11**C. Agitasjon/aggresjon**

NA

Har pasienten perioder der han/hun nekter å samarbeide eller motsetter seg hjelp fra andre?
Er han/hun vanskelig å ha med å gjøre?

Nei (Hvis nei, fortsett videre med neste screenings spørsmål - neste side)

Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Blir pasienten irritert på dem som prøver å stille for ham/henne eller motsetter seg aktiviteter som bading eller kledsskift? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Er pasienten gjenstridig og bestemt på å gjøre tingene på sin måte? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Samarbeider pasienten dårlig og motsetter seg hjelp fra andre? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Har pasienten annen type atferd som gjør ham/henne vanskelig å ha med å gjøre? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Roper eller banner pasienten sint? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Slamrer pasienten med dørene, sparker i møbler eller kaster ting rundt? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Prøver pasienten å skade eller slå andre? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. Viser pasienten andre tegn på aggressiv eller opphisset atferd?
Hvis ja, spesifiser _____ | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |

Hvis screenings spørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og intensitet av agitasjon/aggresjon.

- Hyppighet**
- Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 - Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 - Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 - Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
- Mild - atferden er forstyrret, men kan håndteres med å avlede eller berolige.
 - Moderat - atferden er forstyrret og vanskelig å avlede eller kontrollere.
 - Alvorlig - agitasjonen er svært uttalt og er en hovedårsak til problemer, trusler om personlig skade kan forekomme. Medikamenter er ofte nødvendig.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

- Ikke i det hele tatt
- Minimalt
- Mildt
- Moderat
- Alvorlig
- Svært alvorlig eller ekstremt

Skjema 11**D. Depresjon**

NA

Virker pasienten trist eller deprimert? Sier han/hun at han/hun føler seg trist eller deprimert?

- Nei** (Hvis nei, fortsett videre med neste screeningspørsmål - neste side)
 Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Har pasienten perioder med tårer i øynene eller hulking som tyder på tristhet? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Sier eller oppfører pasienten seg som om han/hun er trist eller i dårlig humør? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Bebreider pasienten seg selv eller sier at han/hun føler seg som en mislykket person? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Sier pasienten at han/hun er et dårlig menneske eller fortjener straff? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Virker pasienten svært motløs eller sier at han/hun ikke har noen framtid? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Sier pasienten at han/hun er en belastning for familien eller at familien ville hatt det bedre uten ham/henne? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Uttrykker pasienten dødsønsker eller snakker om å ta livet av seg? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. Viser pasienten noen andre tegn på depresjon eller tristhet? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
- Hvis ja, spesifiser _____

Hvis screeningspørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og intensitet av depresjonen.

- Hyppighet**
- Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 - Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 - Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 - Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
- Mild - depresjonen er plagsom, men lar seg avlede eller berolige.
 - Moderat - depresjonen er plagsom, depressive symptomer uttrykkes spontant av pasienten og er vanskelige å lindre.
 - Alvorlig - depresjonen er svært plagsom og er en hovedårsak til pasientens lidelse.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

- Ikke i det hele tatt
- Minimalt
- Mildt
- Moderat
- Alvorlig
- Svært alvorlig eller ekstremt

Skjema 11**E. Angst**

NA

Er pasienten svært nervøs, bekymret eller skremt uten noen åpenbar grunn?
Virker han/hun veldig anspent eller rastløs? Er pasienten redd for å være adskilt fra deg?

- Nei** (Hvis nei, fortsett videre med neste screenings spørsmål - neste side)
 Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Uttrykker pasienten bekymring for planlagte begivenheter? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Har pasienten perioder der han/hun føler seg skjelven, ikke klarer å slappe av eller føler seg veldig anspent? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Har pasienten perioder med (eller klager over) tungpustenhet, gispning etter luft eller sukking uten annen åpenbar grunn enn nervøsitet? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Klager pasienten over sommerfugler i magen, rask puls eller hjertebank når han/hun er nervøs? (Symptomet skyldes ikke dårlig kroppslig helse.) | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Unngår pasienten bestemte steder eller situasjoner som gjør ham/henne mer nervøs, slik som bilkjøring, treffe venner eller å være i større forsamlinger? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Blir pasienten nervøs og urolig når han/hun blir adskilt fra deg (eller hans/hennes omsorgsperson)? (Klamrer han/hun seg til deg for å hindre deg i å forlate ham/henne?) | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Viser pasienten noen andre tegn på angst?
Hvis ja, spesifiser _____ | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - angsten er plagsom, men lar seg vanligvis avlede eller berolige.
 2. Moderat - angsten er plagsom, angstsymptomer uttrykkes spontant av pasienten og er vanskelige å lindre.
 3. Alvorlig - angsten er svært plagsom og en hovedårsak til pasientens lidelse.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt

Skjema 11**F. Oppstemthet/eufori**

NA

Virker pasienten uvanlig munter eller lykkelig uten spesiell grunn?

Jeg mener ikke normal glede ved å møte venner, motta gaver eller tilbringe tid sammen med familie-medlemmer. Jeg er ute etter om pasienten har at vedvarende og unormalt godt humør eller finner morsomheter der andre ikke gjør det.

Nei (Hvis nei, fortsett videre med neste screeningspørsmål - neste side)

Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Synes pasienten å føle seg mer munter og lykkelig enn han/hun er til vanlig? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Ler pasienten av ting som andre ikke synes er morsomt? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Har pasienten en barnslig form for humor med tendens til å fnise og le upassende (som når noe uheldig skjer med andre)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Forteller pasienten vitser eller kommer med bemerkninger som ikke er morsomme for andre enn ham/henne selv? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Gjør han/hun barnslige skøyestreker slik som å klype eller leke gjemsel for moro skyld? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Skryter pasienten eller påstår han/hun å ha mere evner eller rikdom enn hva som er tilfelle? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Viser pasienten andre tegn på oppstemthet?
Hvis ja, spesifiser, _____ | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |

Hvis screeningsspørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og intensitet av oppstemthet.

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - oppstemthet er tydelig for familie og venner, men ikke forstyrrende.
 2. Moderat - oppstemthet er klart unormal.
 3. Alvorlig - oppstemthet er svært uttalt; pasienten er euforisk og ser morsomheter i nesten alt.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt

Skjema 11**G. Apati/likegyldighet**

NA

Har pasienten mistet interessen for omverdenen? Har han/hun mistet interessen for å gjøre ting eller mangler motivasjon for å begynne med nye aktiviteter? Er han/hun vanskeligere å engasjere i samtale eller gjøre husarbeide? Er pasienten apatisk eller likegyldig?

- Nei** (Hvis nei, fortsett videre med neste screeningspørsmål - neste side)
 Ja (Hvis ja, fortsett med delspørsmålene)

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Virker pasienten mindre spontan og mindre aktiv enn vanlig? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Hender det sjeldnere at pasienten setter igang en samtale? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Er pasienten mindre kjærlig eller mindre følelsesmessig engasjert sammenlignet med hvordan han/hun er til vanlig? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Bidrar pasienten mindre i husarbeid? (Ikke pga. motoriske symptomer) | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Virker pasienten mindre interessert i andres gjøremål og planer? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Har pasienten mistet interessen for venner og familiemedlemmer? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Er pasienten mindre entusiastisk i forhold til hans/hennes vanlige interesser? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. Viser pasienten noen andre tegn på at han/hun ikke bryr seg om å gjøre nye ting? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
- Hvis ja, spesifiser _____

Hvis screeningsspørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og intensitet av apati/likegyldighet.

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - apati er tydelig, men påvirker i liten grad daglige rutiner; bare små forandringer fra pasientens vanlige atferd, pasienten reagerer på forslag til aktiviteter.
 2. Moderat - apati er svært tydelig; kan overvinnes av omsorgsgiver ved godsnakking og oppmuntring; responderer spontant bare på større hendelser slik som besøk av nære slektninger eller familiemedlemmer.
 3. Alvorlig - apati er svært tydelig og responderer vanligvis ikke på oppmuntring eller ytre hendelser.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt

Skjema 11**H. Mangel på hemninger**

NA

Virker det som om pasienten handler impulsivt uten å tenke?

Gjør eller sier han/hun ting som man vanligvis ikke gjør eller sier offentlig? Gjør eller sier han/hun ting som er pinlig for deg eller andre?

Nei (Hvis nei, fortsett videre med neste screeningspørsmål - neste side)

Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Handler pasienten impulsivt tilsynelatende uten å vurdere konsekvensene? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Snakker pasienten til fremmede personer som om han/hun kjenner dem? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Sier pasienten ufølsomme eller sårende ting til folk? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Kommer pasienten med grovheter eller seksuelle kommentarer som han/hun vanligvis ikke ville ha gjort? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Snakker pasienten åpent om personlige eller private forhold som man vanligvis ikke diskuterer offentlig? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Tar pasienten seg friheter i forhold til andre eller berører eller klemmer andre på en måte som er uvanlig for ham/henne? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Viser pasienten noen andre tegn på tap av impuls kontroll?
Hvis ja, spesifiser _____ | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - manglende hemning er tydelig, men vanligvis respons på avledning og styring.
 2. Moderat - manglende hemning er tydelig og vanskelig å overvinne for omsorgsgiver.
 3. Alvorlig - manglende hemning responderer vanligvis ikke på noen intervensjon av omsorgsgiver og er kilde til forlegenhet og sosial forstyrrelse.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt

Skjema 11

I. Irritabilitet/labilitet

NA

Blir pasienten lett irritert og lett urolig? Er humøret hans/hennes svært skiftende? Er han/hun uvanlig utålmodig?

Jeg mener ikke frustrasjon over svekket hukommelse eller manglende evne til å gjennomføre vanlige arbeidsoppgaver; jeg er interessert i å vite om pasienten er uvanlig irritabel, utålmodig eller har raske humørsvingninger til forskjell fra slik han/hun er til vanlig.

- Nei** (Hvis nei, fortsett videre med neste screenings spørsmål - neste side)
 Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Er pasienten hissig, oppfarende pga. småting? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Har pasienten humørsvingninger, fra å være fin til å blir sint på et øyeblikk? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Får pasienten plutselige raserianfall? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Er pasienten utålmodig, har vanskelig for å takle forsinkelser eller venting på planlagte gjøremål? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Er pasienten ustadig og irritabel? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Er pasienten kranglevoren og vanskelig å komme overens med? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Viser pasienten andre tegn på irritabilitet? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
- Hvis ja, spesifiser _____

Hvis screenings spørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og intensitet av mangel på hemninger.

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - irritabilitet eller labilitet er tydelig, men lar seg vanligvis avlede og berolige.
 2. Moderat - irritabilitet og labilitet er veldig tydelig og vanskelig å overvinne for omsorgsgiver.
 3. Alvorlig - irritabilitet og labilitet er svært tydelig, responderer vanligvis ikke på noen form for intervensjon fra omsorgsgiver og er en hovedårsak til problemer.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt

J. Avvikende motorisk atferd

NA

Vandrer pasienten fram og tilbake, gjør de samme tingene om og om igjen, slik som å åpne skuffer og skap eller stadig plukke på ting eller tvinne tråder og snorer?

Nei (Hvis nei, fortsett videre med neste screenings spørsmål - neste side)

Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Vandrer pasienten rundt i huset tilsynelatende uten mål og mening? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Romsterer pasienten ved å åpne og tømme skap og skuffer? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Kler pasienten stadig av og på seg? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Har pasienten gjentatte handlinger eller "vaner" som han/hun utfører om og om igjen? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Utfører pasienten stadig gjentatte handlinger slik som å fingre med knapper, plukke, vri snorer etc? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Er pasienten svært rastløs, synes å ha manglende evne til å sitte stille, eller tramper med føttene eller trommer med fingrene? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Er det andre handlinger som pasienten gjør om og om igjen?
Hvis ja, spesifiser _____ | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |

Hvis screenings spørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og intensitet av avvikende motorisk atferd.

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - avvikende motorisk atferd er tydelig, men påvirker lite daglige rutiner.
 2. Moderat - avvikende motorisk atferd er veldig tydelig; kan overvinnes av omsorgsgiver.
 3. Alvorlig - avvikende motorisk aktivitet er veldig tydelig, den responderer vanligvis ikke på noen intervensjon fra omsorgsgiver og er en hovedårsak til problemer.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt

K. Søvn

Har pasienten søvnevansker (symptomet er ikke tilstede hvis pasienten må opp på toalettet en eller to ganger om natten for deretter straks å sovne igjen)?

Er han/hun oppe om nettene? Vandrer han/hun oppe om nettene, kler på seg eller forstyrrer søvnen din?

Nei (Hvis nei, fortsett videre med neste screeningspørsmål - neste side)

Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Har pasienten vansker med å sovne? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Står pasienten opp om natten (symptomet er ikke til stede hvis pasienten må opp på toalettet en eller to ganger om natten for deretter straks å sovne igjen)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Vandrer pasienten omkring i huset eller gjør andre upassende ting om natten? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Vekker pasienten deg i løpet av natten? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Våkner pasienten om natten, kler på seg og planlegger å gå ut fordi han/hun tror det er morgen og på tide å begynne dagen? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Våkner pasienten for tidlig om morgenen (tidligere enn vanlig for ham/henne)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Sover pasienten for mye på dagtid? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. Har pasienten noen annen nattlig atferd som plager deg og som vi ikke har snakket om? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
- Hvis ja, spesifiser _____

Hvis screeningsspørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og intensitet av søvnevansker/nattlig atferd.

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - forstyrret natteatferd forekommer, men er ikke særlig forstyrrende.
 2. Moderat - forstyrret natteatferd forekommer og forstyrrer pasienten og søvnen til omsorgsgiver; flere typer natteatferd kan forekomme.
 3. Alvorlig - forstyrret natteatferd forekommer; flere typer natteatferd kan være tilstede, pasienten er svært urolig om natten og søvnen til omsorgsgiver er svært forstyrret.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt

L. Appetitt- og spiseforstyrrelser

Har han/hun hatt noen endring i matlyst, vekt eller spisevaner? (Symtomet vurderes som ikke tilstede hvis pasienten ikke er i stand til å spise selv og må mates)?

Har det vært noen endring i type mat han/hun foretrekker?

Nei (Hvis nei, fortsett videre med neste screenings spørsmål - neste side)

Ja (Hvis ja, fortsett videre med spørsmål)

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Har han/hun fått dårligere matlyst? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Har han/hun hatt øket matlyst? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Har han/hun hatt vekttap? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Har han/hun hatt vektøkning? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Har han/hun endret spiseatferd, slik som å stappe for mye mat i munnen på en gang? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Har han/hun endret typen mat han/hun foretrekker, slik som å spise for mye søtsaker eller andre spesielle matsorter? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7. Har han/hun utviklet spisemønster slik som å spise nøyaktig den samme maten hver dag eller spise maten i nøyaktig samme rekkefølgen? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8. Har det vært noen andre endringer i matlyst eller spisemønster som jeg ikke har spurt om?
Hvis ja, spesifiser _____ | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |

Hvis screenings spørsmålet bekreftes, bestem hyppighet og grad av appetitt-/spiseforstyrrelser.

- Hyppighet**
1. Av og til - sjeldnere enn en gang pr. uke.
 2. Ofte - omtrent en gang pr. uke.
 3. Hyppig - flere ganger pr. uke, men sjeldnere enn hver dag.
 4. Svært hyppig - daglig eller oftere.

- Intensitet**
1. Mild - endring av matlyst eller spisemønster er tilstede, men har ikke ført til vektendring og er ikke forstyrrende.
 2. Moderat - endring av matlyst eller spisemønster er tilstede og forårsaker mindre vektendringer.
 3. Alvorlig - tydelig endring av matlyst eller spisemønster er til stede og forårsaker vektsvingninger, skaper forlegenhet eller forstyrrer pasienten på andre måter.

Belastning (Hvor følelsesmessig belastende opplever du denne atferden?)

0. Ikke i det hele tatt
1. Minimalt
2. Mildt
3. Moderat
4. Alvorlig
5. Svært alvorlig eller ekstremt