



# 70+ Feltstasjon

«Velkommen til 70+ og takk for at du stiller!»

«Her får du noen spørsmål og oppgaver knyttet til oppmerksomhet, hukommelse og språk, og du får noen spørsmål om appetitt og ernæring.

Vi vil se på balanse, ganghastighet og styrken din.

Vi kommer også til å spørre enkelte om det er greit at vi kontakter pårørende for å spørre om de opplever at helsen og hukommelsen din har endret seg.

Alt er frivillig og om det er deler av undersøkelsen du ikke ønsker å være med på, er det helt greit. Høres det greit ut, har du noen spørsmål før vi begynner?»

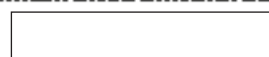
«Vi begynner med noen oppgaver og spørsmål. Vi stiller de samme spørsmålene til alle, noen oppgaver vil du oppleve er enkle og noen vil være vanskelige, noen vil du kanskje synes er litt dumme. Det er ikke vanlig å klare alle!»

«Jeg kommer til å gå ganske raskt igjennom. Dersom du har spørsmål, er det fint om vi kan ta dem på slutten. Høres det greit ut? Er du klar?»

## LES DETTE FØR DU STARTER

Skjemaet skal leses maskinelt. Følg derfor disse instruksjonene:

- Bruk svart/blå kulepenn eller en god blyant.
- Kryss av slik:
- Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik:  Sett så kryss i rett felt.
- Sett bare ett kryss for hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.
- Bruk hele tall når du fyller inn antall tall, slik:



# KOGNITIV TESTING

1 «Vi begynner med noen oppgaver og spørsmål. Vi stiller de samme spørsmålene til alle, noen oppgaver vil du oppleve er enkle og noen vil være vanskelige. Det er ikke vanlig å klare alle!»

«Jeg kommer til å gå ganske raskt igjennom, jeg kommer til å være nøytral under gjennomføringen og kan ikke gi mange tilbakemeldinger. Dersom du har spørsmål, er det fint om vi kan ta dem på slutten. Høres det greit ut? Er du klar?»

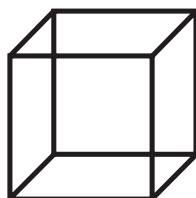
## Montreal cognitive assessment (MoCA)

Sett tall i

Alder:   
Utdanning (i år):

### 1. Visuokonstruktiv/eksekutiv

Trail

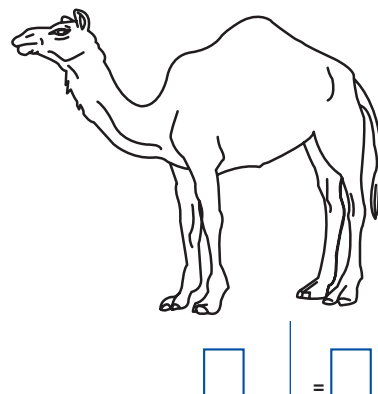
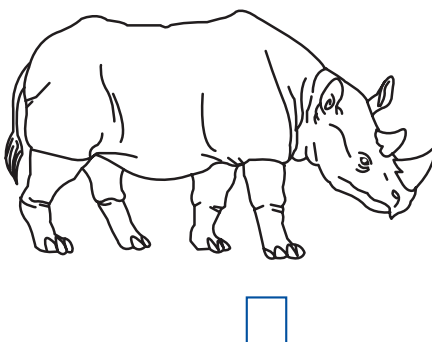
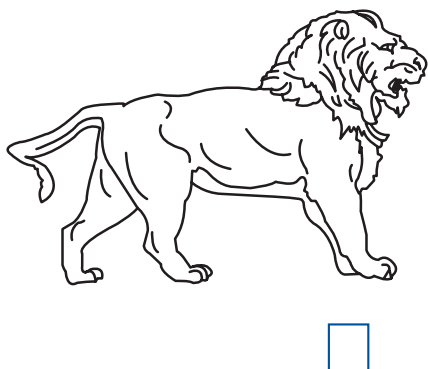


Kopier kube (1 poeng)

Tegn en klokke (ti over elleve) (3 poeng)

Kontur  Tall  Visere  =  /5

### 2. Benevning



### 3. Hukommelse

Les ordene, forsøksperson må gjenta dem. Gjør to forsøk, selv om første forsøk gjennomføres helt riktig. Gjør gjenkalling etter 5 minutter.

	Ansikt	Fløyel	Kirke	Tusenfryd	Rød
1. forsøk					
2. forsøk					

Ingen poeng



#### 4. Oppmerksomhet

Les rekken med tall (1 tall/sekund).

Forsøksperson skal gjenta i samme rekkefølge.  2 1 8 5 4

=  /2

Forsøksperson skal gjenta i baklengs rekkefølge.  7 4 2

Les listen med bokstaver. På hver bokstav A skal forsøkspersonen banke på bordet med hånden sin. Ingen poeng ved 2 feil.

F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

=  /1

Seriell subtraksjon med 7, begynnende med 100

93     86     79     72     65

=  /3

4 eller 5 riktig: 3 poeng    2 eller 3 riktig: 2 poeng    1 riktig: 1 poeng    0 riktig: 0 poeng

#### 5. Språk

Gjenta etter meg: Jeg vet kun at det er Jon som skal hjelpe i dag. ....

=  /2

Katten gjemte seg alltid under sofaen når det var hunder i rommet. ....

Ordflyt: Si så mange ord du kan komme på som begynner med F innenfor ett minutt.

\_\_\_\_\_ (1 poeng  $\geq$  11 ord)

=  /1

#### 6. Abstraksjon

Likhet mellom for eksempel en banan og en appelsin = frukt. ....

tog - sykkel

klokke - linjal

=  /2

#### 7. Utsatt gjenkalling

Ord skal gjenkalles uten stikkord. ....

Ansikt

Fløyel

Kirke

Tusenfryd

Rød

Kun poeng for gjenkalling uten stikkord

=  /5

#### 8. Orientering

Dato

Måned

År

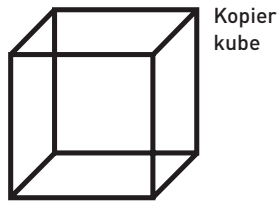
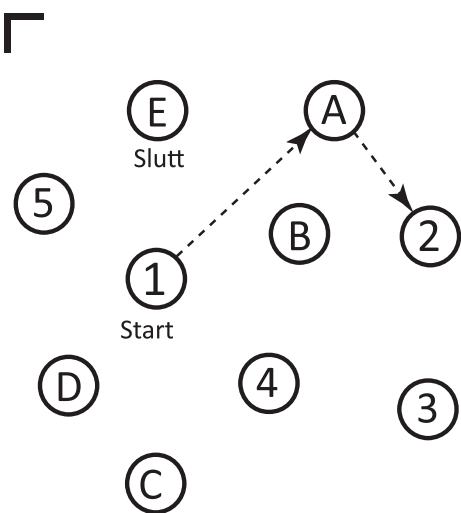
Ukedag

Sted

By

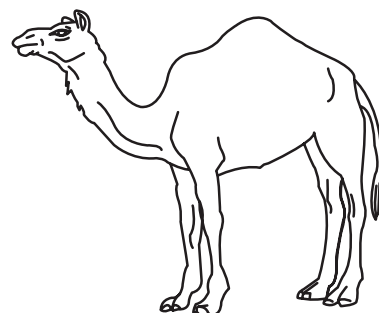
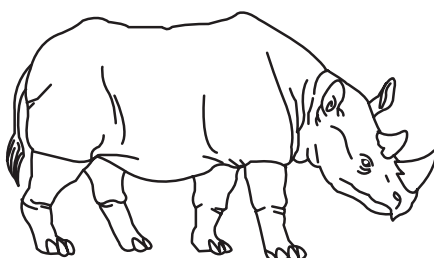
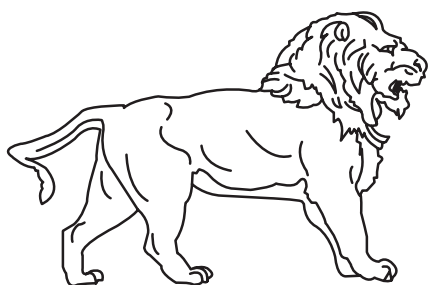
=  /6

# 1. Hjelpark for tegning



Tegn en klokke (ti over elleve)

# 2. Benevning



## 2 Tiordstest del 1 - Hvis MoCA $\geq 22$

Unntak: hvis ingen av de 5 ordene på deloppgave 7 MoCA huskes.

Instruksjon som skal gis til deltager: «Jeg skal nå vise deg 10 ord, ett om gangen. Les hvert ord høyt etter hvert som jeg viser dem. Etterpå vil jeg be deg huske disse ordene.»

Sett kryss for hvert ord som huskes umiddelbart etter hver av de tre gjentakelsene:

Forsøk 1	Forsøk 2	Forsøk 3
Smør..... <input type="checkbox"/>	Billett..... <input type="checkbox"/>	Dronning..... <input type="checkbox"/>
Arm..... <input type="checkbox"/>	Hytte..... <input type="checkbox"/>	Gress..... <input type="checkbox"/>
Kyst..... <input type="checkbox"/>	Smør..... <input type="checkbox"/>	Arm..... <input type="checkbox"/>
Brev..... <input type="checkbox"/>	Kyst..... <input type="checkbox"/>	Hytte..... <input type="checkbox"/>
Dronning..... <input type="checkbox"/>	Motor..... <input type="checkbox"/>	Stokk..... <input type="checkbox"/>
Hytte..... <input type="checkbox"/>	Arm..... <input type="checkbox"/>	Kyst..... <input type="checkbox"/>
Stokk..... <input type="checkbox"/>	Dronning..... <input type="checkbox"/>	Smør..... <input type="checkbox"/>
Billett..... <input type="checkbox"/>	Brev..... <input type="checkbox"/>	Motor..... <input type="checkbox"/>
Gress..... <input type="checkbox"/>	Stokk..... <input type="checkbox"/>	Billett..... <input type="checkbox"/>
Motor..... <input type="checkbox"/>	Gress..... <input type="checkbox"/>	Brev..... <input type="checkbox"/>
Husker ingen <input type="checkbox"/>	Husker ingen <input type="checkbox"/>	Husker ingen <input type="checkbox"/>

## 3 Kognitiv testing

Ufullstendig/mangelfullt utfyllt pga:

Syn..... <input type="checkbox"/>	Ikke gjort pga: Ønsker ikke..... <input type="checkbox"/>
Hørsel..... <input type="checkbox"/>	Kapasitet/tidsnød..... <input type="checkbox"/>
Afasi/språk..... <input type="checkbox"/>	Avbrutt test:
Håndfunksjon..... <input type="checkbox"/>	Ønsker ikke mer..... <input type="checkbox"/>
Annet..... <input type="checkbox"/>	Testers vurdering..... <input type="checkbox"/>

## 4 Intervju om kognitiv funksjon

	Nei	Ja	Vet ikke
1. Er hukommelsen din blitt vesentlig dårligere i løpet av de siste fem årene?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Er andre funksjoner (som for eksempel orienteringsevne, oppmerksomhet, språk) blitt dårligere i løpet av de siste fem årene?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er disse funksjonene dårligere enn hos dine jevnaldrende?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis NEI eller VET IKKE på spørsmål 1-3: Gå direkte til Familiær forekomst. Hvis JA på spørsmål 1, 2 eller 3 om kognisjon funksjon:

HVIS JA:	Nei	Ja	Vet ikke
4. Bekymrer disse forandringene deg?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hvor lenge er det siden du merket disse forandringene?.....	<input type="text"/>	antall måneder	

## 6. Hvordan startet det?

Plutselig.....	<input type="checkbox"/>
Gradvis.....	<input type="checkbox"/>
Vet ikke.....	<input type="checkbox"/>

## 7a. Hvordan har det utviklet seg?

Forverring.....	<input type="checkbox"/>
Bedring.....	<input type="checkbox"/>
Uendret.....	<input type="checkbox"/>
Vet ikke.....	<input type="checkbox"/>

## HVIS FORVERRING:

## 7b. Hvordan har utviklingen vært?

Gradvis.....	<input type="checkbox"/>
Trinnvis.....	<input type="checkbox"/>
Vet ikke.....	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja	Vet ikke
8. Har dette gjort det vanskeligere å gjennomføre noen av dagliglivets aktiviteter?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har du opplevd å se eller høre ting som andre ikke opplever?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sier andre at du er blitt overdrevent mistenksom eller at du kan innbille deg ting?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FAMILIÆR FOREKOMST

## 5 Har noen i din biologiske familie hatt alvorlige hukommelsesproblemer eller demens?

Nei	Ja	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HVIS JA:

Hvem var det?

1. grad (mor/far, søsken, barn).....	<input type="checkbox"/>
2. grad (onkel/tante, besteforeldre, nevø/niese).....	<input type="checkbox"/>

6 Har du vært til undersøkelse for hukommelsesproblemer noen gang?

Nei  Ja  Vet ikke

**HVIS JA:**

Hvor var det? (Flere kryss tillatt)

Sykehus .....

Kommunalt demensteam .....

Fastlege .....

Vet ikke .....

Har du noen diagnose relatert til hukommelsesproblemer eller en demenssykdom? ..... Nei  Ja  Vet ikke

**HVIS JA:**

Hvilken diagnose har du?

## ERNÆRING

7 Har du hatt dårlig matlyst i løpet av de siste 4 ukene? Nei  Ja

8 Hvordan vil du beskrive matinntaket ditt de siste 4 ukene? (Sett ett kryss)

Mer enn vanlig .....

Som vanlig .....

Litt mindre enn vanlig (3/4) .....

Halvparten .....

Nesten ingenting .....

9 Kan du tygge all slags mat? Nei  Ja

10 Har du hatt smerter eller ubehag i tennene eller munnen de siste 4 ukene? Nei  Ja

## MÅLING

11 Overarmsomkrets

1.   cm

2.   cm

# 70+ REGISTRERING FYSISK FUNKSJON

Gjennomført  Ønsker ikke  Ikke kapasitet/tid

## 12 Balanse

Ikke i stand

1. Samlede føtter  
10 sekunder

Ikke i stand

2. Semi-tandem  
10 sekunder

Ikke i stand

3. Tandem  
10 sekunder

Ikke i stand

3. Flamingo  
max 30 sekunder

1.  sek  tideler

2.  sek  tideler

3.  sek  tideler

Åpne øyne 4.  sek  tideler

Lukkede øyne 5.  sek  tideler

## 13 Gangtest



Ganghjelpemidler ved test (kryss av):

- Ikke i stand
1.  uten Test 1  sek  tideler
2.  krykke/stokk(er) Test 2  sek  tideler
3.  rullator
4.  Annet (spesifiser) .....

## 14 Reise/sette seg x5

Ikke i stand

↓

Avslutt

Tid x5 uten armbruk

.min  .sek  tideler

## 15 Gripestyrke

Dominant hånd (Sett kryss):

Høyre  Venstre

Ikke i stand

Høyre  Venstre

Høyre hånd (KG):

1.  ,  kg
2.  ,  kg
3.  ,  kg

Venstre hånd (KG):

1.  ,  kg
2.  ,  kg
3.  ,  kg

**16 Tjordstest del 2: Hvis deltager gjennomførte del 1 av Tjordstesten**

Instruksjon til deltager: «For en stund siden ba jeg deg lære en liste med ord som du leste høyt et om gangen. Nå vil jeg at du skal gjenta så mange av de ti ordene som du kan huske.»

- |                        |                          |               |                          |
|------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Smør.....              | <input type="checkbox"/> | Gress.....    | <input type="checkbox"/> |
| Billett.....           | <input type="checkbox"/> | Stokk.....    | <input type="checkbox"/> |
| Hytte.....             | <input type="checkbox"/> | Dronning..... | <input type="checkbox"/> |
| Brev.....              | <input type="checkbox"/> | Kyst.....     | <input type="checkbox"/> |
| Arm.....               | <input type="checkbox"/> | Motor.....    | <input type="checkbox"/> |
| Husker ingen ord ..... | <input type="checkbox"/> |               |                          |

**17 Spør deltager om tillatelse til å kontakte pårørende hvis minst ett av kriteriene i tabellen i veiledningen er til stede på følgende områder:**

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| MoCA totalskåre.....               | <input type="checkbox"/> |
| Tjordstest.....                    | <input type="checkbox"/> |
| Intervju om kognitiv funksjon..... | <input type="checkbox"/> |

**18 Kan vi kontakte en som kjenner deg godt for å stille noen spørsmål om din helse og hukommelse?**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Nei                      | Ja                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**HVIS JA:**

Fyll ut eget skjema for kontaktinformasjon om pårørende.

**AVSLUTNING.**

Tusen takk for innsatsen og at du stiller opp.  
Det setter vi pris på! Hver enkelts bidrag er viktig.