

- **CRF 4 - pårørende**

# PRACTIC


Preventing and Approaching Crises  
for frail community-dwelling patients  
Through Innovative Care

## Innholdsfortegnelse:

Belastningsskala - pårørende Relatives' Stress Scale (RSS).....	side 2
Helseøkonomisk spørreskjema (RUD).....	side 3

**Veiledning**

*Skjemaene leses optisk og det er derfor viktig at*

- det krysses av nøyaktig
- ved feil settes kryss i riktig boks og det settes ring rundt **riktig** avkrysning. 
- det skrives tydelig og brukes **sort** eller **blå** penn
- arkene ikke brettes
- originalskjema brukes, kopi kan ikke leses optisk
- det ved feilskrivning av tall, settes strek over over boksen og riktig tall skrives ved siden av

 8

**Ved utfylling:**

Runde "bokser" : kun ett kryss tillatt  
Firkantede bokser: flere kryss tillatt

--	--	--	--

○ Ikke utfylt

## Belastningskala - pårørende Relatives' Stress Scale (RSS)

Les hvert spørsmål nøye og sett kryss ved det svaret som passer best med hvordan du føler det akkurat nå. Det finnes ingen riktige eller gale svar. Ikke tenk lenge på hvert svar, men svar slik som du umiddelbart synes passer best.

	Aldri/ ingen 0	Sjelden/ litt 1	Av og til/ moderat 2	Ofte/ ganske mye 3	Alltid/ svært mye 4
1. Føler du noen gang at du ikke lenger kan håndtere situasjonen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Føler du noen gang at du trenger en pause/et avbrekk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Blir du noen gang deprimert av situasjonen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Går situasjonen på noen måte ut over din egen helse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Er du redd for at det kan skje en ulykke med ham/henne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Føler du noen gang at det ikke finnes noen løsning på vanskelighetene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Er det vanskelig for deg å dra på ferie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hvor mye er ditt sosiale liv blitt påvirket?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hvor mye er rutiner i hjemmet ditt blitt forandret?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Er søvnen din blitt forstyrret pga. ham/henne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Er din levestandard blitt redusert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Føler du deg noen gang flau over ham/henne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Hender det at du er forhindret fra å ha gjester hjemme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Blir du noen gang sint og sur på ham/henne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Blir du noen gang frustrert (oppgitt) over ham/henne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sumskår

--	--

--	--	--	--

## (RUD) Helseøkonomisk spørreskjema

### Beskrivelse av hovedansvarlig komparent

#### Forhold til pasienten

 Kjønn komparent:  Kvinne  Mann

- Ektefelle     Samboer     Barnebarn     Søsken  
 Barn     Venn     Annet, spesifiser.....

### Tid som komparent brukte til tilsyn av familiemedlemmet siste fire uker før innleggelse i sykehjem

*Sett inn antall timer og minutter*

1a. På en typisk dag den siste måneden, hvor mye tid per dag har du brukt til å hjelpe brukeren med oppgaver som toalettbesøk, spising, påkledning, stell, gå tur og bading?

--	--

--	--

**Timer**
**Minutter**

1b. Antall dager siste måned du ga denne hjelpen?

--	--

**Dager**

2a. På en typisk dag den siste måneden, hvor mye tid per dag har du brukt til å hjelpe brukeren med oppgaver som handling, matlaging, klesvask, transport, medisiner og ta hånd om økonomiske forhold?

--	--

--	--

**Timer**
**Minutter**

2b. Antall dager siste måned du ga denne hjelpen?

--	--

**Dager**

3a. På en typisk dag den siste måneden, hvor mye tid per dag har du brukt på å veilede brukeren (dvs. forhindre farlige situasjoner)?

--	--

--	--

**Timer**
**Minutter**

3b. Antall dager siste måned du ga denne hjelpen?

--	--

**Dager**

 4. I løpet av den siste måneden, hvor mange dager **i alt** har du brukt til å hjelpe brukeren?

--	--

**Dager**

5. Bortsett fra deg, er andre involvert i å gi omsorg til brukeren? I tilfelle hvor mange timer pr uke bruker disse for å gi omsorg til brukeren?

- |   | Timer   | Minutter |  | Timer   | Minutter |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|---|---|----------|--|---|----------|--|---------------------------------|---|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ingen annen hjelp      |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Andre familiemedlemmer | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |          |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |          |  | <input type="checkbox"/> Naboer | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Andre slekninger       | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |          |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |          |  | <input type="checkbox"/> Venner | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Andre (spes) _____     | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |          |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |          |  |                                 | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |
|   |   |          |  |   |          |  |                                 |   |  |  |   |  |  |