

# Ferdigheter i dagliglivet - RDRS-2

Norsk revidert utgave Anne Brækhus, Knut Engedal, Anne Thams Breien

Utgangspunkt for avkryssing er hva pasienten **faktisk utfører** og ikke hva han/hun kan klare eller er i stand til å mestre fysisk sett. For eksempel hvis en person fysisk sett er i stand til å bade selv, men ikke gjør det på grunn av manglende initiativ, eller fordi han/hun glemmer å gjøre det, så skal det krysses av for at han/hun trenger hjelp. **Forklaring til de ulike områder:**

1. **Utfører aktiviteten alene** - pasienten kommer i gang på eget initiativ og utfører aktiviteten regelmessig og adekvat.
2. **Utfører aktiviteten med noe hjelp** - pasienten trenger muntlig hjelp eller tilrettelegging for å komme i gang.
3. **Utfører aktiviteten med mye hjelp** - pasienten trenger muntlig veiledning og påminnelse for hver delaktivitet som skal til for å utføre handlingen, samt eventuelt direkte praktisk hjelp til deler av aktiviteten.
4. **Utfører ikke aktiviteten** - pasienten kan ikke, eller får ikke til å utføre handlingen.

## Svaralternativ:

1. Alene 2. Med noe hjelp 3. Med mye hjelp 4. Utføres ikke

### Aktiviteter i dagliglivet - Utfører aktiviteten

	1	2	3	4	Kommentar
1. Spiser tilstrekkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Lager brødmatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Lager middag, overholder diett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Forflytter seg – inne/ute (med eller uten hjelpemidler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Daglig personlig pleie (vasking, stell av hår og tenner, barbering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Bader/dusjer, vasker håret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Kler på seg (inkluderer å finne frem klær)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Toalettbesøk (inkludere av og på med klær og renslighet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Bruker telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Kjøper mat og andre nødvendige artikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Håndterer penger, betaler regninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Har økonomisk oversikt – planlegger fremover, skriver selvangivelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Tar medisiner som forordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Svaralternativ:

1. Ingen 2. Lette 3. Store 4. Ekstreme

### Spesielle problemer (grad av)

	1	2	3	4	Kommentar
14. Problemer med hørsel (selv med høreapparat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Problemer med synet (selv med briller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Problemer med å uttrykke seg/oppfatte – muntlig/skriftlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Ligger/sitter mye i løpet av dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Forvirring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. Manglende samarbeidsvilje (motsetter seg hjelp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Depressive problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Inkontinens for urin og avføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____