

# GBS-skalan – för skattning av demens

Patientens namn: .....

Födelsedatum: .....

Datum för bedömning: .....

Bedömare: .....

## Rekommendationer:

GBS-skattningar bör göras av läkare, sjuksköterskor, psykologer och kuratorer. Det är viktigt att bedömarna i förväg får möjlighet att träna på att använda skalan. Observation av patienten skall ligga till grund för bedömningen. Denna kan ske under eller efter en cirka 20 minuter lång intervju med patienten. Intervjun bör vara till hälften strukturerad, dvs patienten skall ges tillfälle att fritt tala om sina problem, men bedömaren skall också ge patienten strukturerade frågor. Det kan vara nödvändigt att inhämta kompletterande uppgifter om patienten hos en vårdgivare eller nyckelperson.

## Referenser:

Bråne G. Att bedöma demens med GBS-skalan. Stockholm, Natur och Kultur, 1997.

Bråne G., Gottfries CG., Winblad B. The Gottfries-Bråne-Steen scale: validity, reliability and application in anti-dementia drug trials. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2001; 12: 1–14.

## Anvisningar:

Bedöm individens tillstånd utifrån beskrivningarna i detta frågeformulär. Sätt för varje fråga ett kryss i rutan under det definierade svarsalternativ som är tillämpligt (0, 2, 4 eller 6) eller i rutan mellan de två mest relevanta svarsalternativen (1, 3 eller 5).

# Intellektuell funktionsnedsättning

0

1

2

3

4

5

6

## Personorientering

Känner väl till sitt namn och kan ange yrke, ålder och födelsedatum.

Känner till sitt namn men har brister i kännedomen om yrke, ålder och födelsedatum.

Känner hjälpligt till sitt namn men inte yrke, ålder eller födelsedatum.

Helt desorienterad till sin egen person.

## Tidsorientering

Helt orienterad i tiden, dvs känner till veckodag, datum, månad och år.

Delvis orienterad, klarar åtminstone två av tidsvariablerna veckodag, datum, månad och år.

Vet vilken årstid det är men inte veckodag, datum, månad eller år.

Helt desorienterad i tiden.

## Rumsorientering

Vet vilken geografisk ort, vilket sjukhus/avdelningen/ rum han/hon befinner sig på, dvs är helt orienterad i rummet.

Har brister i rumsorienteringen men är orienterad på den egna avdelningen eller i sitt hem.

Desorienterad, dvs har brister i rumsorienteringen på den egna avdelningen eller i sitt hem.

Helt desorienterad i rummet.

## Närminne

Ingen närminnesstörning, känner till vad som hänt de senaste dygnet.

Nedsatt närminne, vilket dock endast märks vid mer ingående samtal.

Så nedsatt närminne att det även märks vid ytliga samtal.

Närminnet helt utplånat, kommer inte ihåg något från den ena stunden till den andra.

## Fjärrminne

Ingen fjärrminnesstörning, minns vid ingående samtal namnen på för honom/henne viktiga personer och viktiga politiska eller andra händelser från tidigare perioder i livet.

Har svårt att minnas för honom/henne viktiga personer och viktiga politiska händelser från tidigare perioder i livet.

Redan vid ytliga samtal märks att fjärrminnet är nedsatt, minns t ex ej familjemedlemmarnas namn, antal, var de bor osv.

Fjärrminnet helt utplånat.

## Vakenhet

Helt vaken...

Förefaller av och till lätt dåsig.

Visar tecken på dåsighet, men endast lätta uppmaningar krävs för att han/hon skall hålla sig vaken.

Somnolent, dvs dåsig, går att väcka men sjunker snart tillbaka i dåsigheten igen.

0 1 2 3 4 5 6

### Koncentration

Inga koncentrationssvårigheter, inga svårigheter att samla tankarna i intervjusituationer, följa ett TV-program eller läsa en skriven text.








Verkar av och till okoncentrerad, dvs avviker från diskussionsämnet och har vissa svårigheter att läsa eller följa ett TV-program.

Påtagligt koncentrationsstörd, har svårt att hålla en rak linje i samtalet eller finna sammanhang i TV-program, tidningsartiklar och dyl.

Så grava brister i sin koncentration förmåga att något meningsfullt samtal ej kan genomföras.

### Tempo

Klarar att skynda sig då detta krävs.








Klarar av en uppgift även om han/hon påskyndas, men prestationsförmågan försämras då påtagligt.

Då han/hon påskyndas, försämras prestationsförmågan i sådan utsträckning att han/hon ej ens kan genomföra enkla uppgifter och blir retlig, orolig och/eller förvirrad.

Så avtrubbad att han/hon inte alls reagerar när man försöker skynda på honom/henne.

### Förströddhet

Normalt samlad.








Verkar av och till förströdd.

Måttligt men konstant förströdd.

Konstant mycket förströdd, oförmögen till målinriktad sysselsättning.

### Omständlighet

Uttrycker sig ej omständligt.








Av och till mångordig och detaljrik i sin framställning, dock inga som helst problem med att hålla sig till ämnet.

Konstant mångordig och detaljrik, har svårigheter att "komma till sak" och gör många utvikningar från ämnet.

Ingen förmåga att uttrycka vad han/hon önskar, förlorar sig helt i ordrika detaljer.

### Distraherbarhet

Uppmärksamheten kvarhålls normalt vid stimulering.








Uppmärksamheten störs då och då av ovidkommande stimuli.

Uppmärksamheten är konstant påfallande störd.

Uppmärksamheten är så allvarligt störd att meningsfull aktivitet, (t ex lättare sysslor eller ett normalt samtal) ej kan genomföras.

### Språkstörningar

Inga språkstörningar, talar felfritt och flytande och förstår vad som sägs till honom/henne.








Språkstörningar förekommer ibland, t ex i form av begränsat ordförråd och långsamt, hackigt men fullt förståeligt eller flytande men svårförståeligt tal eller i form av ljud/ordförväxlingar eller minskad förmåga att förstå andras tal.

Språkstörningar förekommer ofta i enkla samtal, t ex i form av mycket begränsat ordförråd och mycket långsamt men förståeligt tal eller i form av upprepade ljud/ordförväxlingar, flytande nonsens tal eller kraftigt nedsatt förmåga att förstå andras tal.

Kan inte göra sig förstådd verbalt. Har ständigt mycket stora svårigheter att förstå andras tal.

# Emotionell funktionsnedsättning

0 1 2 3 4 5 6

## Emotionell funktion

Ingen funktionsstörning, har förmåga att reagera med sorg, glädje, hat, rädsla, ilska mm i olika situationer.

Funktionsstörning förekommer ibland, visar då tecken på sorg, glädje mm, men det "fina" nyanser som tidigare karakteriserat honom/henne har gått förlorade.

Visar ibland tecken på sorg, glädje mm men gör det på ett grovt onyanserat sätt.

Felt utsläckande emotionella funktioner, har ej förmåga att visa tecken på sorg, glädje mm.

## Emotionell labilitet

Normal förmåga att kontrollera känslomässiga reaktioner.

Gråter eller skrattar på ett ohämmat eller överdrivet sätt vid kraftig känslomässig stimulering.

Reagerar även vid måttlig känslomässig stimulering på ett ohämmat sätt.

Förmågan att kontrollera känslomässiga reaktioner är helt förlorad.

## Motivation

Motiverad för aktivitet och sysselsättning.

Behöver en hel del uppmuntran för att påbörja en uppgift och visar ofta endast ett förstrött intresse för denna.

Brister tydligt i sin motivation och måste om och om igen manas på för att påbörja och fullfölja en uppgift.

Över huvudtaget inte motiverad till sysselsättning, påbörjar aldrig en uppgift spontant, kan inte ens med mycket kraftig stimulering förmås delta i en aktivitet.

## Nedsatt ADL-funktion (ADL = det dagliga livets aktiviteter)

	0	1	2	3	4	5	6
<b>Av- och påklädning</b> Klär sig helt själv.							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Får hjälp med knappar, dragkodja o dyl.		Måste ha hjälp av vårdare vid av- och påklädning men deltar aktivt.		Måste kläs helt.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Måltider</b> Äter själv.							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Behöver tillsyn och hjälp vid måltiderna.		Måste alltid ha tillsyn och hjälp vid måltiderna men hjälper till själv.		Måste matas helt.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fysisk aktivitet</b> Kan gå obehindrat, eventuellt med käpp.							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Behöver stöd för att kunna gå (gånghjälpmedel).		Behöver levande stöd för att kunna gå.		Är stols- eller sängbunden.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Spontanaktivitet</b> Normal motorik och spontanaktivitet.							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sitter ofta mer stilla än vad som kan anses normalt, men agerar eller rör sig spontant vid lätt stimulering.		Rör sig spontant endast vid kraftig stumlering som t ex när anhöriga kommer på besök.		Visar ingen spontanaktivitet, rör sig endast vid direkt uppmaning såsom tillsägelse att gå till matsal, säng osv eller för att tillfredsställa elementära behov (t ex gå på toaletten).
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personlig hygien</b> Klärar att själv sköta sin personliga hygien.							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Måste ha viss hjälp vid duschande och badande men klarar själv att t ex tvätta sig, kamma sig och borsta håret och tänderna.		Måste ha hjälp med all personlig hygien men deltar själv aktivt.		Måste hjälpas helt med den personliga hygien, hjälper inte till själv.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kontroll av blåsa och tarm</b> Kan kontrollera blåsa och tarm.							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Misslyckas någon gång med vattenkastningen, men klarar sig för övrigt med påminnelse eller om han/hon blir snabbt hjälpt till toalett eller med bäcken.		Misslyckas med vattenkastningen flera gånger i veckan och/eller är faecesinkontinent ibland.		Ständigt urin- och/ eller faecesinkontinent.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens

0 1 2 3 4 5 6

## Förvirring

Har förmåga att tänka klart och har normala kontakter med människorna i sin omgivning.

Förefaller villrådig och sökande.

Uppenbart förvirrad, intervjun är svår och tidsödande och svaren ofta inadekvata, men korta stunder av klarhet förekommer.

Helt förvirrad, vilket gör meningsfull kommunikation omöjlig.

## Irritabilitet

Visar inga tecken på irritabilitet.

Visar av och till tecken på irritabilitet, i synnerhet vid närgångna frågor.

Kontakt som ej borde vara provocerande utlöser ofta irritabilitet som ej alltid kan bemästras.

All kontakt utlöser kraftig irritabilitet som ej kan bemästras.

## Ängslighet

Visar ingen överdriven ängslighet.

Av och till bekymrad, oroar sig i onödan för saker och ting men kan behärska sig.

Ständigt överdrivet ängslig, oroar sig för bagateller men kan avledas.

Så påtagligt ängslig att han/hon ej kan utföra ändamålsenliga handlingar, oroar sig för bagateller; kan ej avledas.

## Ängestkänslor

Har varken psykiska eller kroppsliga tecken på ängest.

Visar av och till tecken på vag psykisk olust, men tillståndet kan bemästras.

Visar konstant tecken på diffus psykisk olust som kan stegas till panik, tillståndet avspeglar sig i kroppshållningen, vegetativa symptom som svettning och hjärtklappning kan förekomma, kan ej avledas.

Visar tecken på kraftig diffus psykisk olust med långdragna panikattacker, känslor av skräck och/eller dödsångest förekommer, och kan ej bemästras.

## Sänkt stämningsläge

Neutralt stämningsläge.

Förefaller av och till nedstämd och självförbrännande, men stunder av ljusare stämningsläge dominerar.

Påfallande nedstämd, vilket märks både verbalt och i ansiktsuttryck och kroppshållning (känner sig t ex försummad av familj och vänner och klagar över värk, trötthet, sömnproblem mm).

Extremt deprimerad, vilket gör honom/henne oförmögen att fungera i de allra flesta situationer.

0

1

2

3

4

5

6

**Rastlöshet**

Ingen rastlöshet.

Vissa tecken på rastlöshet, ändrar t ex ställning flera gånger under samtalet, har svårt att hålla händer och fötter stilla och plockar gärna med föremål.

Förefaller påtagligt rastlös, kan t ex ej sitta stilla, gör ständiga ansatser att resa sig under samtalet, vrider händerna eller plockar intensivt med närliggande föremål.

Vandrar nästan konstant av och an och kan ej förmås att sitta stilla ens en kortare stund.

# Resultat

## Nycklar till tolkning

Intellektuella (I), emotionella (E) och ADL-variabler.

< 1 = normaltillstånd

1-2 = lindrig nedsättning

3-4 = medelsvår nedsättning

5-6 = svår nedsättning.

## Symptom (S):

0 = symptomet obefintligt.

6 = maximal svårighetsgrad.

Poängen för de intellektuella variablerna kan räknas ihop till en I-poängssumma. På samma sätt kan poängen för de emotionella variablerna och ADL-variablerna räknas ihop till en E-poängssumma och en ADL-poängssumma. Däremot skall poängen för symptomvariablerna (S) inte räknas ihop.

## Ingen demens:

Summa I-poäng 0-1

Summa E-poäng 0-1

Summa ADL-poäng 0-1

## Lindrig demens:

Summa I-poäng 2-24

Summa E-poäng 2-6

Summa ADL-poäng 2-12

## Medelsvår demens:

Summa I-poäng 25-49

Summa E-poäng 7-12

Summa ADL-poäng 13-24

## Svår demens:

Summa I-poäng 50-72

Summa E-poäng 13-18

Summa ADL-poäng 25-36

GBS-profilen ger en god överblick över omfattningen av demens hos en patient.

**Anvisningar:** Fyll i den relevanta cirkeln (poäng 0-6) för varje variabel. Dra en rät linje från den första fyllda cirkeln till den andra och fortsätt sedan att förena den andra och den tredje cirkeln osv inom I-, E- och ADL-delskalorna. I symptomdelen (S) skall cirklarna däremot inte förenas med varandra.

## Poäng för enskilda variabler

## Poäng

## GBS-profil

0 1 2 3 4 5 6

### Intellektuell funktionsnedsättning (I)

Personorientering.....	0 0 0 0 0 0
Tidsorientering.....	0 0 0 0 0 0
Rumsorientering.....	0 0 0 0 0 0
Närminne.....	0 0 0 0 0 0
Fjärrminne.....	0 0 0 0 0 0
Vakenhet.....	0 0 0 0 0 0
Koncentration.....	0 0 0 0 0 0
Tempo.....	0 0 0 0 0 0
Förströddhet.....	0 0 0 0 0 0
Omständlighet.....	0 0 0 0 0 0
Distraherbarhet.....	0 0 0 0 0 0
Språkstörningar.....	0 0 0 0 0 0
<u>Summa I-poäng</u> .....	

### Emotionell funktionsnedsättning (E)

Emotionell funktion.....	0 0 0 0 0 0
Emotionell labilitet.....	0 0 0 0 0 0
Motivation.....	0 0 0 0 0 0
<u>Summa E-poäng</u> .....	

### Nedsatt ADL-funktion (ADL)

Av- och påklädning.....	0 0 0 0 0 0
Måltider.....	0 0 0 0 0 0
Fysisk aktivitet.....	0 0 0 0 0 0
Spontantaktivitet.....	0 0 0 0 0 0
Personlig hygien.....	0 0 0 0 0 0
Kontroll av blåsa och tarm.....	0 0 0 0 0 0
<u>Summa ADL-poäng</u> .....	

### Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (S)

Förvirring.....	0 0 0 0 0 0
Irritabilitet.....	0 0 0 0 0 0
Ängslighet.....	0 0 0 0 0 0
Ängestkänslor.....	0 0 0 0 0 0
Sänkt stämningsläge.....	0 0 0 0 0 0
Rastlöshet.....	0 0 0 0 0 0
<u>Summa S-poäng</u> .....	

Patientens namn.....
Födelsedatum.....
Datum för bedömning.....
Bedömarens namn.....