

Utredningsverktøy til bruk for HELSEPERSONELL OG SYKEHJEMSLEGER

Utredning og oppfølging av pasienter i sykehjem med fokus på demens

Revidert utgave 2014

Elementer i utredningen

Helsepersonell

Pasient

- ▲ Samtale med og/eller observasjon av pasienten
- ▲ Vurdere kognisjon
- ▲ Vurdere psykiatriske symptomer
- ▲ Vurdere atferd
 - Vurdere ADL funksjon
- ▲ Vurdere livskvalitet

Pårørende

- ▲ Samtale med pårørende
- ▲ Innhente bakgrunnsopplysninger
- ▲ Vurdere kognisjon med 'spørreskjema til pårørende'



Sykehjemslegen

- ▲ Innhente journaler og epikriser
- ▲ Journalgjennomgang
- ▲ Somatisk undersøkelse
- ▲ Vurdere virkninger og bivirkninger av legemidler
- ▲ Vurdere kognisjon
- ▲ Vurdere samtykkekompetanse
- ▲ Rekvirere blodprøver
- ▲ Vurdere delirium
- ▲ Henvide til CT eller MR av hjernen



Samordning av utredningen

- ▲ Tverrfaglig gjennomgang av all informasjon som er samlet inn
- ▲ Sette diagnose(r)
- ▲ Vurdere henvisning til ytterligere undersøkelser
- ▲ Iverksette tiltak



Informasjon om resultat av utredningen skal formidles til pasient og pårørende

- ▲ Tverrfaglig oppgave



Oppfølging skal skje etter 12 måneder eller ved endringer i pasientens tilstand

Pasientens navn: _____ Født: _____

Adresse: _____ Tlf: _____

Pårørendes navn: _____ Tlf: _____

Pårørendes adresse: _____

Sykehjemslege: _____

Utfyllt av: _____ Dato: _____

Som hovedprinsipp anbefales det at utredning ved mistanke om demens utføres av sykehjemslege i samarbeid med annet helsepersonell ved sykehjemmet. Det skal samles inn informasjon både fra pasient og en nær pårørende (om det finnes), og må inkludere informasjon om pasientens helsetilstand før innleggelsen i sykehjemmet (journaler og epikriser).

Nye pasienter som legges inn i sykehjemmet hvor det er mistanke om demens utredes så fremt dette ikke har skjedd i løpet av de to siste månedene før innleggelsen.

Kartlegging utført av helsepersonell

Kartleggingen foregår ved samtaler med pasienten, observasjoner av pasienten over tid og samtaler med pasientens pårørende. Sett av god tid. Spørsmålene kan åpne for vanskelige følelser hos pårørende. Det kan være godt for pårørende å snakke om det som er vanskelig, men noen pårørende kan oppleve at de utleverer den som er syk og at det derfor kan være vanskelig å snakke åpent. Som intervjuer/samtalepartner skal vi lytte, og gi mulighet for veiledning/råd og drøfting av mulige tiltak.

Utredning utført av sykehjemslegen

Legen må avsette god tid til å lese journaler, epikriser og opplysninger samlet inn av helsepersonell, inklusiv opplysninger fra pårørende. Somatisk

undersøkelse av pasienten skal utføres. Om legen er i tvil om diagnosen, bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten.

Samordning av utredningen

Det er mest hensiktsmessig at helsepersonell først utfører sin kartlegging og gir dette til sykehjemslegen før hun/han utfører sin del av utredningen. Legen og øvrig helsepersonell oppsummerer resultatene av utredningen som har funnet sted og planlegger behandlingstiltak.

Oppfølging

Pasienten bør følges opp med ny vurdering minimum en gang pr år. Ved endringer i atferd, psykiatriske symptomer eller tegn til delirium, må utredningen gjentas.

Innhold

Introduksjon	side 1		
Anbefalt utredning	2	ADL-vurdering, aktiviteter i dagliglivet	13
		ADL-vurdering (PSMS)	13
Vurdering av somatisk status og legemiddelbruk	3	Vurdering av psykiatriske symptomer og atferdsendringer	15
		NPI-Q	15
Opplysninger fra pårørende	3	BARS	17
Spørreskjema til pårørende	4	Cornell	18
Kognisjon funksjon	5	Vurdering av livskvalitet	19
KDV	5	QUALID	19
MMSE-NR2	7		
Klokketest (KT-NR2)	11	Konklusjon av utredningen	21

Anbefalt utredning og oppfølging av pasienter i sykehjem med fokus på demens

Verktøy	Se side	Ved innkomst		Årskontroll	Ved endring i pas tilstand			
		Uten demensdiagnose	Med demensdiagnose		Delirium	Smerter	Atferd	Kognitiv funksjon
Somatisk status og legemiddelbruk	3	x	x	x	x	x	x	x
Spørreskjema til pårørende	4	x						
Bakgrunnsopplysninger*		x	x					
KDV	5	x	x	x			x	x
MMSE-NR2	7	x						x
Klokketest (KT-NR2)	11	x						x
ADL-vurdering	13	x	x	x			x	
NPI-Q	15						x	
BARS	17						x	
Cornell	18	x	x	x			x	x
Qualid	19	x	x	x				
Døgndokumentasjon*					x	x	x	
OBS-demens*		x	x	x				

* Bakgrunnsopplysninger, Døgndokumentasjon og OBS-demens er tilleggsskjemaer som anbefales brukt. Disse kan lastes ned fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, www.aldringoghelse.no

Vurdering av somatisk status og legemiddelbruk

Somatisk undersøkelse

Rekonstruere pasientens sykehistorie med journalopplysninger og epikriser fra tidligere sykdom. Mål blodtrykk og puls, og gjør en orienterende nevrologisk undersøkelse. Vurder om det foreligger hjertesvikt, lungesykdom, infeksjonssykdom eller annen akutt sykdom. Vær oppmerksom på tegn til smerter og pasientens sansefungering. Akutt sykdom eller forverring av kronisk sykdom kan forårsake delirium.

Blodprøver

Hb, SR, vitamin B12, homocystein, folinsyre, elektrolytter, kreatinin, albumin, ferritin, fri T4, TSH, glukose (evt. medikamentanalyse) og urinprøve.

Vurdering av delirium

Delirium (akutt konfusjon, akutt forvirring) er karakterisert ved en rask innsettende kognitiv svikt (dager til uker), psykiatriske symptomer og atferdsendringer. Symptomene fluktuerer og er gjerne særlig uttalt kveld/natt. Årsaken(e) kan være somatisk sykdom, som hjertesvikt, lungesykdom, forstyrrelse av væskebalansen, søvnapné, infeksjonssykdom, annen akutt sykdom eller legemidler.

Vurdering av legemiddelbivirkninger

Legemidler med sentralnervøs antikolinerg effekt som psykofarmaka, antiparkinson midler, opiater, glukokortikoider og antihistaminer kan føre til kognitiv svikt og/eller delirium.

Institutt for helse og samfunn, avd for allmenn-medisin UiO har gjennom en kollegabasert terapiveiledning satt opp enkelte medikamenter og medikamentkombinasjoner som bør unngås til eldre over 70 år. Dette er anbefalinger, og man må som alltid gjøre en selvstendig vurdering i hvert enkelt tilfelle. *Ref.: Rognstad S m.fl. Defining explicit criteria for assessing inappropriate prescriptions to elderly patients in general practice. The Norwegian General Practice (NorGeP) criteria. Scand J Prim Health Care. 2009;27:153-9.*

CT eller MR av hjernen

Henvis til CT eller MR av hjernen hvis dette ikke er gjort før innleggelse i sykehjemmet for påvisning av eventuelle romoppfyllende prosesser eller hjerneinfarkter. Be om vurdering av substanssvinn i ulike deler av korteks.

Opplysninger fra pårørende

Intervju av pårørende

Må alltid utføres. Det viktigste er å spørre om endringer i funksjon over tid. Spør om endringer av ADL funksjon, deltakelse i sosialt liv og atferd (irritabilitet, uro, angst og passivitet). En gjennomsnittskåre på "Spørreskjema til pårørende" på 3,5 eller høyere gir mistanke om demens.

Innsamling av bakgrunnsdata

Fordi atferdsendringer hos personer med demens kan ha sin forklaring i tidligere opplevelser, personlighet, sosiale forhold og bruk av mestringsstrategier, er det nødvendig å samle opplysninger fra disse områdene. Gjennom samtale med pårørende eller andre som kjenner pasienten godt, bør en innhente opplysninger om personlighet før og etter demensutvikling, pasientens tidligere måter å uttrykke følelser på, vaner og roller før sykdomsdebut.

Intervjuguide for innhenting av bakgrunnsopplysninger

Data som innhentes i samtale med pårørende skal bidra til å forstå pasientens atferd og medvirke til at personalet evner å møte pasientens behov basert på kjennskap til vedkommendes livsbiografi. Opplysningene bør innhentes innen en måned etter at pasienten er innlagt i sykehjemmet. Informasjonen bør fortrinnsvis innhentes i en naturlig samtale. Opplysninger om familie, skolegang, arbeidsliv, interesser og hobbyer bør være naturlige temaer i en slik samtale. Bruk skjema for innhenting av bakgrunnsopplysninger, som kan lastes ned fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (www.aldringoghelse.no)

Spørreskjema til pårørende

Jorm, 1994. Til norsk Nygaard HA og Bragason A

Når du besvarer spørsmålene, tenk på hvordan din slektning eller venn var for ti år siden og sammenlign med situasjonen i dag. Nedenfor er angitt noen situasjoner hvor vedkommende må bruke sitt intellekt. Vurder om dette er blitt bedre, er uforandret eller har forverret seg i løpet av de siste ti årene. Hvis din slektning eller venn ikke husket hvor han/hun la fra seg ting for ti år siden og det samme er tilfelle i dag, skal dette besvares med ikke særlig forandret.

Svaralternativ

1. Mye bedre
2. Litt bedre
3. Ikke særlig forandret
4. Litt verre
5. Mye verre

	1	2	3	4	5
1. Huske ting i forhold til familie og venner, f.eks. yrke, fødselsdager og adresser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Huske ting som nylig har hendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Huske samtaler noen dager etterpå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Huske egen adresse og eget telefonnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Huske hvilken dag og måned det er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Huske hvor ting vanligvis er oppbevart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Huske hvor ting ligger selv om de ikke er lagt på vanlig sted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vite hvordan en bruker kjente husholdningsapparater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lære seg å bruke et nytt redskap eller apparat i huset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Lære seg nye ting i sin alminnelighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Følge handlingen i en bok eller på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ta avgjørelser i hverdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Håndtere penger ved innkjøp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ta hånd om personlig økonomi, pensjon, bank, osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Regneferdigheter i dagliglivet, f.eks. å vite hvor mye mat en skal kjøpe inn, hvor lang tid det går mellom besøk fra familie og venner osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bruke sin intelligens til å forstå ting som skjer og resonnere fornuftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sum skåre (total sum/antall spørsmål)

Når startet symptomene? _____

Finner pasienten fram i kjente omgivelser? _____

Hvordan har utviklingen vært fram til nå? _____

Kognitiv funksjon

Vurdering av kognisjon

Klinisk demensvurdering, klokketest (KT-NR2) og MMSE-NR2 anbefales brukt. Vær oppmerksom på at svært høy alder, manglende motivasjon, depresjon, lav utdanning, afasi, lese/skrivevansker, flerkulturell bakgrunn/lav norskspråklig kompetanse, redusert syn og hørsel og akutt somatisk sykdom kan påvirke MMSE-NR2 resultatet negativt. Hos yngre personer og personer med høy utdanning kan en høy skåre på MMSE-NR2 likevel være forenlig med kognitiv svikt eller demens, mens en lav skåre hos svært gamle personer kan være forenlig med normal kognitiv funksjon.

Klinisk demensvurdering (KDV)

Hughes et al 1982

Pasientens navn: _____

Dato for utredning: _____

Utfylt av: _____

KDV vurderer kognitiv svikt og mulig demens samt eventuell grad av demens. Det er en betingelse at pleiepersonalet har observert pasienten i minimum 4 uker. Ved vurdering skal det kun tas hensyn til pasientens mentale evner. Det vil si at dersom annen funksjonssvikt er årsaken til at pasienten ikke fungerer tilfredsstillende på et eller flere områder, skal man prøve å korrigere for dette ved utfylling av skjemaet. Hvis det er vanskelig å avgjøre hvilken kategori pasienten tilhører, skal den høyeste kategorien velges. Begrepet eget hjem, vil si sykehjem.

Vurdering

Følgende skala benyttes:

- 0 = ingen demens
- 0,5 = usikker eller lett svikt
- 1 = lett demens
- 2 = moderat demens
- 3 = alvorlig demens

Hukommelse

- 0 Ingen tap av hukommelse eller lett vekslende glemsomhet
- 0,5 Lett, men permanent glemsomhet, begrenset gjenkalling av hendelser, mild glemsomhet
- 1 Moderat hukommelsestap, mer uttalt for nylig inntrufne hendelser. Svekkelsen påvirker dagliglivets aktiviteter
- 2 Alvorlig hukommelsestap. Bare meget godt innlært materiale huskes, nytt materiale tapes raskt
- 3 Alvorlig hukommelsestap. Bare fragmenter igjen

Orienteringsevne

- 0 Helt orientert
- 0,5 Helt orientert, bortsett fra lette vanskeligheter med tidsforhold
- 1 Moderate vansker med tidsorientering, ved undersøkelse orientert for sted, geografisk desorientert andre steder
- 2 Alvorlige vansker med tidsforhold, vanligvis desorientert for tid, ofte for sted
- 3 Kun orientert for person

NORSK REVIDERT MINI MENTAL STATUS EVALUERING (MMSE–NR3)

Carsten Strobel & Knut Engedal, 2016

Pasient (PAS)/fødselsdato: _____ Språk/tolk: _____

Skolegang/utdanning/antall år: _____ Yrke: _____

Hørsel/høreapparat: _____ Syn/briller: _____ Geriatrik leseprøve: _____

Testleder (TL): _____ Dato/kl: _____ Teststed: _____

 Er PAS testet med MMSE-NR før? Nei Ja → Når/hvor/oppgavesett nr./skåre: _____

Administrasjons- og skåringsveiledning

Screeningtesten MMSE-NR brukes til kognitiv utredning og forløpskontroll ved demens, hjerneslag og andre sykdommer som påvirker kognitiv funksjon, og for å vurdere behandlingseffekt, kognitiv egnethet for bilkjøring o.l. Testen alene er ikke tilstrekkelig til å diagnostisere demens. Diagnosekriteriene for demens *må* også være oppfylt. MMSE-NR supplerer annen utredning så som somatisk undersøkelse, legemiddelgjennomgang, komparentintervju (med bl.a. spørsmål om type/forløp/varighet av ev. kognitiv svikt og endret ADL-funksjon) og vurdering av stemningsleie. Eksekutiv svikt, f.eks. etter hjerneslag og ved frontotemporal demens, kan være vanskelig å påvise med MMSE-NR. Skåre og kvalitativ utførelse kan over tid endre seg ved flere psykiatriske og somatiske sykdomstilstander og sykdomsfaser: av og til med bedre utførelse og skåre, som ved behandling av depresjon eller delirium, ev. dårligere, som ved progredierende demens.

TL bør ha fått opplæring i bruk av MMSE-NR og kjenne til manualens innhold (se www.aldringoghelse.no). Gjennomføring som ikke er i tråd med retningslinjer for administrasjon, oppfølgende spørsmål og skåring, kan gi for høy eller lav skåre. Dette kan få betydning for utredning, konklusjon, oppfølging og behandling. Følg derfor standardisert instruksjon under hver oppgave og overhold retningslinjer i manual og på skjema. Har PAS lav norskspråklig kompetanse og annet morsmål enn norsk, bruk fagutdannet tolk (*ikke* slektninger) og språktilpasset stimulusark på oppgave 18.

Utfør testing en-til-en uten pårørende til stede. Slå av mobiltelefoner. Sørg for at PAS ved behov bruker briller/hørselshjelpemidler. Minn ev. på bruk underveis. Unngå at PAS ser skåring og svaralternativer på skjema. Les **uthevet** tekst høyt, langsomt og tydelig. Still samtlige spørsmål, også om PAS har besvart oppgaveledd under tidligere stilte spørsmål. All instruksjon kan gjentas med unntak av spesifiserte begrensninger på oppgave 12 og 17. Ikke gi hint om hvordan oppgavene kan løses eller om svar er rett eller galt. Skriv ordrett ned svar på hvert spørsmål. PAS kan på eget initiativ korrigere svar underveis. Ved flere svar på et spørsmål må PAS velge hvilket svar som skal skåres. Dersom PAS har vansker med å gi adekvate muntlige svar, f.eks. ved afasi og andre talevansker, be PAS prøve å skrive svar på eget ark. Lar heller ikke dette seg gjennomføre, bruk tilrettelagte MMSE-NR pekeark på aktuelle orienteringsoppgaver. Sett kryss i ruten for «0» ved feil svar og i ruten for «1» ved rett svar. Gi aldri ½ poeng. Gir PAS utrykk for ikke å klare en eller flere av oppgavene, oppfordre likevel til å gjøre et forsøk. Gjenta oppfordring om nødvendig. Er PAS *ikke* testbar på en oppgave pga. ikke-kognitiv funksjonsbegrensning, notér hvorfor og sett ring rundt ruten for «0». Inkluder likevel oppgaven i totalskåren, da totalskåren skal angis i antall poeng av 30 mulige (det er f.eks. ikke tillatt å gi 23 av 25 poeng).

Ved retesting: For å redusere læringseffekt fra tidligere testing, bytt til riktig oppgavesett (ordsett og starttall) som spesifisert på oppgave 11–13.

Lavere alder og høyere utdanning gir ofte bedre skåre, likeså testing utført i omgivelser som er velkjente for PAS pga. stedsorienteringsoppgavene. Notér faktorer som kan påvirke utførelse negativt, så som liten eller ingen skolegang, høy alder, svekket syn/manglende briller, svekket hørsel, dårlig dagsform, smerter, lav oppgaveinnsats, trettbarhet, afasi, lese- og skrivevansker, dyskalkuli, ikke-kognitiv funksjonsbegrensning, skriving/tegning med ikke-dominant hånd (f.eks. ved lammelse), rusmidler (inkl. alkohol), akutt somatisk sykdom, depresjon, lav norskspråklig kompetanse, stress og testangst. Legemiddeleffekter kan tidvis påvirke resultat negativt/positivt og krever egen vurdering. Totalskåre alene gir ikke informasjon om spesifikke kognitive sviktområder som kan være diagnostisk og klinisk relevante. Journalfør derfor også påfallende utførelse (lang tidsbruk, mange korrigeringer o.l.), og hvilke oppgaver PAS ikke får til. Skåringsprofil og kvalitativ vurdering av utførelse kan i tillegg gi informasjon om kognitive restressurser og kompensierende mestringsstrategier som kan være nyttige for tilrettelegging av aktivitet og samhandling.

Skåring MMSE-NR3. Journalfør oppgavesett (ordsett og starttall oppgave 11–13) brukt i dag: 1 2 3 4 5

	KOMMENTARER TIL SPESIFIKKE OPPGAVELEDD:	
Orientering (oppgave 1–10)		/10
Umiddelbar gjenkalling (oppgave 11)		/3
Hoderegning (oppgave 12)		/5
Utsatt gjenkalling (oppgave 13)		/3
Språk og praksis (oppgave 14–19)		/8
Figurkopiering (oppgave 20)		/1
Total poengskåre		/30

 Vurderer du som TL at samarbeid/motivasjon/testinnsats var uten anmerkning? Ja Nei Usikker

 Vurderer du som TL at oppmerksomhet/bevissthetsnivå/våkenhet var uten anmerkning? Ja Nei Usikker

Vurderes ikke resultat som valid/gyldig, angi årsak(er): _____

Merknader (atferd, bruk av pekeark, legemidler [inkl. dårlig legemiddeletterlevelse] som kan påvirke kognitiv funksjon, glemt briller/høreapparat e.l.): _____

Start med spørsmålet: **Synes du hukommelsen din er blitt dårligere nå enn den var tidligere?** Ja Nei Usikker
Jeg skal nå stille deg noen spørsmål som vi bruker for bl.a. å undersøke hukommelsen. Svar så nøyaktig du kan.

ORIENTERING

Prøv å unngå at PAS bruker ledetråder: ser ut av vindu (årstid, måned, sted, etasje), bruker kalender, avis, innkallingsbrev (årstall, måned, ukedag, dato, sted), sjekker dato på klokke, mobiltelefon e.l. På oppgave 8 og 9, sett ring rundt valgt stedsalternativ.

1. **Hva er din fødselsdato?** Dag, måned og år må være rett for poeng _____ 0 1
(Sa PAS kun deler av sin fødselsdato, si: **Si hele fødselsdatoen med dag, måned og år.**)
2. **Hvor gammel er du?** (Sier PAS kun fødselsdato, si: **Jeg mente, hvor mange år er du?**) _____ 0 1
3. **Hvilket årstall har vi nå?** Gi kun poeng for fullt årstall med 4 sifre _____ 0 1
(Sa PAS kun siste 2 sifre, si: **Si hele årstallet med alle tall. Hva heter det mer enn...** [gjenta sifrene PAS sa?])
4. **Hvilken årstid har vi nå?** Ta hensyn til vær og geografiske forhold ved skåring (se manual) _____ 0 1
5. **Hvilken måned har vi nå?** Gi kun poeng for rett navn på måned, ikke for nummer på måned _____ 0 1
6. **Hvilken dag har vi i dag?** Gi kun poeng for rett navn på ukedag _____ 0 1
7. **Hvilken dato har vi i dag?** Gi poeng dersom dato for dag er rett, selv om måned eller år er feil _____ 0 1
8. **Hvilken by/kommune/bygd (e.l.) er vi i (eller: er vi like i nærheten av) nå?** _____ 0 1
9. **Hva heter dette stedet/sykehuset/sykehjemmet/legekontoret (e.l.)? (eller: Hvor er vi nå?)** _____ 0 1
10. **I hvilken etasje er vi nå?** Still spørsmålet selv der bygg kun har én etasje _____ 0 1
Avhengig av hvilken inngang PAS brukte, vil noen bygg i skrånende terreng kunne ha flere poenggivende svar for samme etasje (f.eks. under-, 1. og 2. etasje). Gi også poeng om PAS med annet morsmål, i tråd med sitt språk, benevner norsk 1. etasje som grunnplan (stuen [dansk], ground floor [engelsk]), og tilsvarende for andre etasjer (norsk 2. etasje: 1. sal [dansk], first floor [engelsk]).

UMIDDELBAR GJENKALLING

Bytt til riktig ordsett ved retesting for å redusere læringseffekt fra tidligere testing: 2. gang PAS testes bruk ordsett 2 (tak-banan-nål), 3. gang bruk ordsett 3 (saft-lampe-båt) osv., 6. gang bruk ordsett 1 på nytt, 7. gang bruk ordsett 2 osv. Sett ring rundt dagens ordsett.

11. Jeg vil nå si 3 ord som du skal gjenta, etter at jeg har sagt alle 3. Disse skal du prøve å huske, for jeg kommer til å spørre deg om dem litt senere. 1 sek pause etter hvert innlæringsord.

Ordene du skal gjenta er: (1 sek), (1 sek), (1 sek). **Vær så god!**

Repetér hele ordsettet inntil PAS gjentar alle 3 ord i samme forsøk. Maks 3 presentasjoner. Gi *kun* poeng for riktige ord etter 1. presentasjon, også for lydlike ord (f.eks. pga. hørselsvansker: mål for nål, hatt for katt). Rekkefølgen PAS sier ordene i, er uten betydning for skåring. Antall presentasjoner: _____ stk.

Ordsett (nr. 1–5) brukt i dag:

	1	2	3	4	5	
Ordene du skal gjenta er...	Stol	Tak	Saft	Katt	Fly	_____ 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Ekorn	Banan	Lampe	Avis	Eple	_____ 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Tog	Nål	Båt	Løk	Sko	_____ 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

Etter 3 gjenkalte ord eller 3 presentasjoner, si: **Husk disse ordene, for jeg vil spørre deg om hvilke de er litt senere.**

HODEREGNING

Bytt til riktig starttall ved retesting: 2. gang bruk 50 osv., 6. gang bruk 80 på nytt, 7. gang 50 osv. PAS får ikke bruke blyant og papir, men kan på eget initiativ telle på fingrene. Gi poeng når svar er minus 7 fra forrige tall, uavhengig av om forrige svar var rett eller galt.

12. Nå litt hoderegning. Hva er minus 7? Før 1. subtraksjon (å trekke 7 fra starttallet) kan all instruksjon gjentas. (Gir PAS uttrykk for ikke å beherske hoderegning, oppfordre likevel til å gjøre et forsøk.) Rett etter tallsvaret, si: **Fortsett med å trekke fra 7, helt til jeg sier stopp.** Etter 1. subtraksjon kan *kun* instruksjon om å trekke fra 7 gjentas, men det er ikke lenger tillatt å informere om starttallet og heller ikke om hvilket tall PAS var kommet til. Etter 2. subtraksjon er det heller ikke tillatt å informere om hvor mye PAS skulle trekke fra (-7). Notér tallsvar og hvor mye PAS trakk fra (-), ev. la til (+).

Starttall (nr. 1–5) brukt i dag:

	1	2	3	4	5	
Starttall: Hva er minus 7?	80	50	90	40	60	PAS tallsvar: _____
Fortsett med å trekke fra 7, helt til jeg sier stopp →	73	43	83	33	53	_____ 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	66	36	76	26	46	_____ 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Ved behov, si: Og så videre.	59	29	69	19	39	_____ 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Ved behov, si: Og så videre.	52	22	62	12	32	_____ 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Ved behov, si: Og så videre.	45	15	55	5	25	_____ 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

-7 = 1 poeng
PAS trakk fra (-), ev. la til (+):

Etter 5 subtraksjoner (eller færre tallsvar hvis oppgaven ikke fullføres), si: **Fint, det holder. Tell nå nedover fra 100**

slik som dette: 100, 99, 98, osv. til jeg sier stopp. Vær så god! Etter ca. 30 sek, si: **Fint, det holder.** Bruk alltid

oppgaven for å få lang nok tid med distraksjon for å sikre reell kartlegging av langtidshukommelse fremfor arbeidshukommelse på

oppgave 13. Distraksjonsoppgaven skåres ikke, men notér ev. vansker med å telle baklengs, da dette kan gi klinisk relevant informasjon.

UTSATT GJENKALLING

13. Hvilke 3 ord var det jeg ba deg om å huske? Ikke gi stikkordshjelp/hint, sett ring rundt dagens ordsett.

Ordsett (nr. 1–5) brukt i dag:

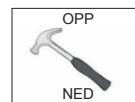
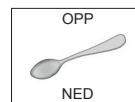
	1	2	3	4	5		
	Stol	Tak	Saft	Katt	Fly	_____	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Ekorn	Banan	Lampe	Avis	Eple	_____	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Tog	Nål	Båt	Løk	Sko	_____	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

Er PAS i tvil om et ord var med, be PAS gjøre et valg. Sier PAS rett ord, men så hevder at ordet likevel ikke var med, gi 0 poeng. Ved flere enn 3 ord be PAS velge hvilke 3 ord som skal være svaret, *kun disse* skåres. Rekkefølgen PAS sier ordene i, er uten betydning for skåring. Gi *kun* poeng for eksakt gjengitte ord fra *dagens* ordsett (både best. og ubest. form entall gir poeng). Beslektet ord, målord i sammensatt ord, flertallsform, synonym, omskrivning: stoler, skip, pus, gnager, togbane, lokomotiv o.l. gir ikke poeng. Sa PAS lydløst ord på umiddelbar gjenkalling (f.eks. pga. hørselsvansker: mål for nål, hatt for katt), og samme ord gjentas på utsatt gjenkalling, gi poeng.

BENEVNING

Ved testing og retesting bruk kun stimulusarkene i farger med skje og hammer, aldri andre objekter.

Alternative poenggivende svar: ord med skje/skjei, f.eks. spiseskje/plastskjei, ord med sleiv, f.eks. grøtsleiv, ord med øse/ause, f.eks. grautause, ord med hammer, f.eks. snekkerhammer.



14. Hva heter dette? Vis stimulusarket, pek på skjeen _____ 0 1

15. Hva heter dette? Vis stimulusarket, pek på hammeren _____ 0 1

FRASEREPETISJON

16. Gjenta **ordrett** denne frasen nå (si tydelig): «**Aldri annet enn om og men**». (Ved behov, si: **Start nå**.)

Gi *kun* poeng når hele frasen gjentas korrekt etter 1. presentasjon med *alle* 6 ord i riktig rekkefølge. Godta dialektvarianter.

Gjentar ikke PAS frasen korrekt, gi 0 poeng og si frasen inntil 2 ganger til. Antall presentasjoner: _____ stk.

Aldri annet enn om og men _____ 0 1

3-LEDDET KOMMANDO

Legg A4-arket på bordet nærmere TL enn PAS med kortsiden mot PAS. For å unngå at PAS starter før hele instruksjonen er gitt, legger TL sin hånd på arket til all instruksjon er gitt. 1 sek pause etter hvert ledd. Gi 1 poeng for hver riktig utførte delhandling.

17. Hør godt etter, for jeg skal be deg gjøre 3 ting i en bestemt rekkefølge. Start først når all instruksjon er gitt.

Er du klar? Gi instruksjon om alle delhandlingene samlet og *kun én* gang: **Ta dette arket med kun én hånd** (1 sek), **brett arket på midten kun én gang**, med én eller begge hender (1 sek), og **gi arket til meg** (1 sek). **Vær så god!**

Tar arket med *kun én hånd* _____ 0 1

Bretter arket på midten *kun én gang* (med én/begge hender, brett trenger ikke være helt på midten) _____ 0 1

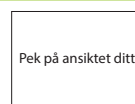
Gir arket til TL (gi også poeng om arket legges på bordet tydelig foran TL) _____ 0 1

LESNING

18. Nå vil jeg at du gjør det som står på arket. Vis stimulusarket* mens instruksjon gis.

PAS må peke mot ansiktet sitt for poeng. Peker *ikke* PAS mot ansiktet sitt, gjenta instruksjon inntil 2 ganger til.

Alle 3 presentasjoner gir mulighet for poeng. Antall presentasjoner: _____ stk. *Bruk språktilpasset stimulusark.



Pek på ansiktet ditt (PAS kan bruke én eller begge hender) _____ 0 1

SETNINGSGENERERING

Legg skjemaet på neste side med pil (↓) mot PAS. Gi PAS en blyant.

19. **Skriv en meningsfull setning* her.** Pek på **X** på øvre del av skjemaet neste side _____ 0 1

Skriver PAS kun ett ord, f.eks. en imperativform som «Spis», et subjekt som «Snøvær» eller et egennavn, si: **Skriv en hel setning.** Skriver ikke PAS noe eller tidligere gitt setning/frase, f.eks. «Pek på ansiktet ditt», si: **Skriv en setning du lager selv.** Skriver ikke PAS noe nå heller, si: **Skriv en setning om noe i dette rommet.** *Kan være på norsk eller morsmål.

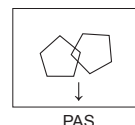
For poeng må setningen gi mening, men trenger ikke ha objekt og tidvis heller ikke subjekt eller verb. Se manualeksempler.

Stave- og grammatikalske feil er uten betydning for skåring. Gi poeng for spørresetning om kriterier ellers er innfridd.

FIGURKOPIERING

Legg figurarket riktig vei (med pil [↓] mot PAS) over øvre del av neste side (over setningen PAS skrev).

Legg et viskelær ved siden av (skal ikke brukes som linjal). Figurarket skal forbli liggende riktig plassert til PAS er helt ferdig (dette er ikke en hukommelsesoppgave).



20. **Kopier figuren så nøyaktig du kan her.** Pek på nedre del av skjemaet neste side. **Du kan bruke viskelær. Ta deg god tid. Si fra når du er ferdig.** _____ 0 1

Gi poeng når femkantene overlapper og danner en firkant: 5-4-5. Er 5-4-5 innfridd, er det uten betydning for skåring hvor de overlapper, om det er innbyrdes størrelsesforskjell mellom dem, rotert utførelse eller størrelsesforskjell mellom figur og kopi.

Se manualeksempler. Er PAS misfornøyd med utførelse, og denne er feil (jf. 5-4-5), be PAS korrigere eller tegne figuren på nytt.

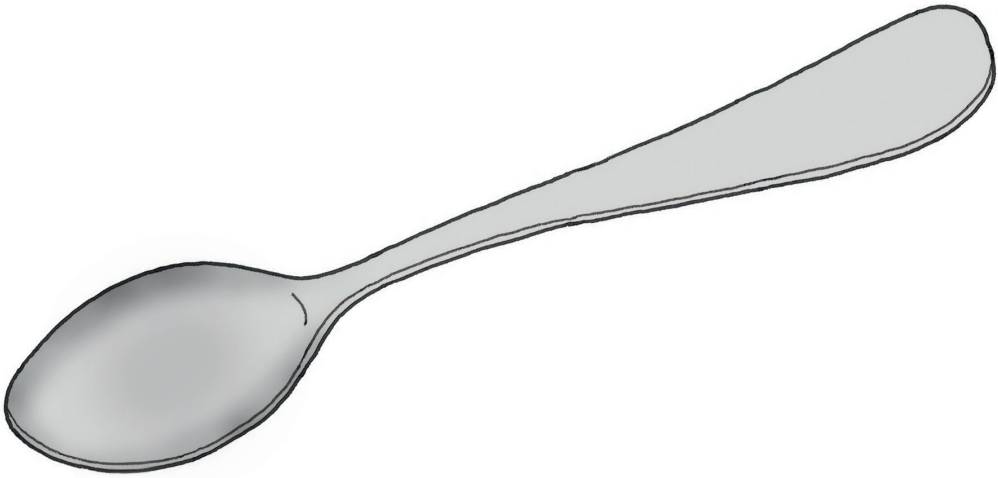
Maks 3 forsøk. Skår beste forsøk. Er TL i tvil om poengkriterier (jf. 5-4-5) er innfridd, be PAS tegne figuren på nytt.

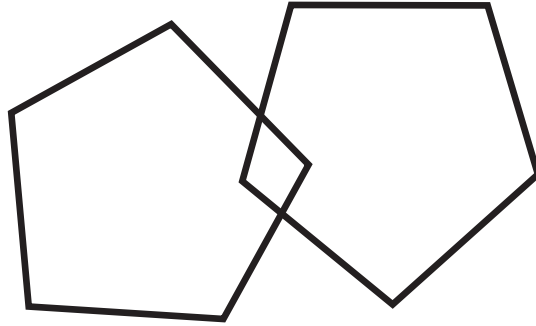
OPPGAVE 19. SETNINGSGENERERING

X

OPPGAVE 20. FIGURKOPIERING







Pek på ansiktet ditt

Pasient (PAS): _____ Testleder (TL): _____ Dato: _____

Screeningstesten KT-NR brukes til kognitiv utredning og forløpskontroll ved demens, hjerneslag og andre sykdommer som påvirker kognitiv funksjon, og for å vurdere behandlingseffekt, kognitiv egnethet for bilkjøring o.l. Testen kan avdekke svikt både i semantisk hukommelse (kunnskap om hvilke tall som er på en klokke og deres plassering), rom-, retnings- og tidsorienteringsevne, visuell persepsjon, visuell oppmerksomhet (visuell neglekt m.m.) og eksekutiv funksjon (evne til abstrakt tenkning, organisering, planlegging og planmessig utførelse). Bruk av KT-NR forutsetter at PAS kunne klokken før sykdom. Notér faktorer som kan påvirke utførelse negativt, så som svekket syn/manglende briller, dårlig dagsform, lav oppgaveinnsats, afasi, dyskalkuli, tremor, smerter, nedsatt førlighet, skrivning/tegning med ikke-dominant hånd (f.eks. ved lammelse), høy alder og lav utdanning. Skåre og kvalitativ utførelse kan over tid endre seg ved flere psykiatriske og somatiske sykdomstilstander og sykdomsfaser: av og til med bedre skåre og utførelse (eller bedre kvalitativ utførelse, men lik skåre), som ved behandling av depresjon eller delirium, ev. dårligere, som ved progredierende demens.

Utfør testing en-til-en uten pårørende til stede. Sørg for at PAS ikke kan se på armbandsur/veggklokke ved utførelse. PAS får ikke rotere testarket ved tallinnsettelse (hold på testarket om nødvendig). Les **uthevet** tekst høyt, langsamt og tydelig. Gjenta instruksjon ved behov.

1. Legg blyant, viskelær og testarket med ferdig sirkel på bordet foran PAS (ha flere testark med ferdig sirkel tilgjengelig).
Si: **Tenk deg at denne sirkelen forestiller en klokke. Uten å se på en klokke, sett inn alle timetallene der de skal være slik som på en vanlig klokke. Gjør det så nøyaktig som mulig.** Sørg for at PAS ved behov bruker briller/hørselshjelpemidler.

PAS kan på eget initiativ markere senter av sirkelen, men det er ikke tillatt at TL gjør dette. Setter PAS kun inn noen tall (f.eks. 3, 6, 9, 12), gjenta instruksjon og legg vekt på ordene *alle timetallene* og *vanlig*. Små markeringsstreker, der tall skal stå, godtas så lenge alle tall også er med. Tegnes «stoppeklokke» (tall 1–60 eller kun 15, 30, 45, 60) eller settes hjelpestreker gjennom klokken (så den deles i sektorer), skal TL stoppe dette. Start med nytt testark. Gjenta instruksjon og legg vekt på ordet *vanlig*. Presiser ved behov at sektorinndeling ikke er tillatt. Deles på nytt klokken inn i sektorer eller tegnes nok en «stoppeklokke», la PAS fullføre testen og notér hvorfor utførelse ikke er godkjent.

2. Etter at PAS har satt inn tall på klokken (uavhengig av om enkelte tall er feilplassert, gjentatt og/eller utelatt tross gjentatt instruksjon), si: **Tegn nå inn viserne slik at klokken er nøyaktig ti over elleve.** Bruk *kun* klokkeslettet ti over elleve ved testing og retesting.

Ved tvil om PAS oppfattet klokkeslettet, si: **Hva var klokkeslettet?** Settes visere feil, si: **Hva viser denne klokken nå?** Er PAS misfornøyd med utførelse, be PAS korrigerer. Vil PAS endre mye, bruk nytt testark. Skår beste forsøk. Notér utførelsesforskjell. Er TL i tvil om utførelse er godkjent eller valid/gyldig (ved slurv, lav oppgaveinnsats, «flaks», i grenseområdet godkjent/ikke godkjent o.l.), utfør testen på nytt ark.

Ved rett klokkeslett (minuttviser +/- ≤ 1 min fra 10 over 11 og timeviser i området rett før 11 til nærmere 11 enn 12) og omtrent lik lengde på visere. si: Vis meg hva som er time- og minuttviser. 5 poeng om korrekt, 4 poeng om visere byttes om eller PAS ikke klarer å ta en avgjørelse.

Ved rett klokkeslett og tall 12–23/13–24 eller tall 1–12 i snudd rekkefølge, bruk nytt testark og si: Sett inn tall på nytt. Jeg vil nå at du kun setter inn de timetallene som er på en helt vanlig klokke, der de skal være. Etter at tall er satt inn, si: **Tegn nå inn viserne slik at klokken er nøyaktig ti over elleve.** Settes visere riktig, men igjen kun tall 12–23/13–24 eller 1–12 i snudd rekkefølge, gi 3 poeng. Settes derimot nå visere og tall 1–12 eller 1–24 (1–12 og 13–24 i doble tallsett) på rett plass, gi 5 poeng.

Klokkeslett: 4 poeng ved små plasseringsfeil av visere, dvs. minuttviser > +/- 1 min og < +/- 4 min fra rett klokkeslett, ev. timeviser nærmere 12 enn 11, eller nærmere 11 enn 10. 3 poeng ved minuttviser feilplassert ≥ +/- 4 min fra rett klokkeslett, ev. timeviser ≥ 12, eller nærmere 10 enn 11.

Innbyrdes avstand mellom startpunkt visere og avstand mellom startpunkt visere og senter: 5 poeng ved rett klokkeslett når innbyrdes avstand mellom startpunkt for visere er ≤ 1 cm fra hverandre og til senter av sirkel. 4 poeng ved rett klokkeslett når visere starter > 1 cm og ≤ 2 cm fra hverandre og/eller fra senter av sirkel. 3 poeng ved rett klokkeslett når visere starter > 2 cm fra hverandre og/eller fra senter av sirkel.

Antall poeng bestemmes av den utførelsesfeilen som gir lavest poengskåre (se skåringstabell og retningsgivende illustrasjonsark) med ett unntak: Dersom *begge* visere er riktig plassert mot korrekt plasserte tall 11 og 2, gi 3 poeng (og ikke lavere skåre) selv om ett/flere av de andre tallene er gjentatt, stokket om på og/eller utelatt tross gjentatt instruksjon. Flere feil på samme poengnivå (0–5 poeng) reduserer ikke skåren ytterligere. Ikke godkjent klokke (0–3 poeng) indikerer mulig kognitiv svikt som må undersøkes grundigere. Godkjent klokke (4 og 5 poeng) utelukker ikke kognitiv svikt dersom PAS brukte svært lang tid, viste stor usikkerhet eller annet påfallende ved utførelse. Journalføring av utførelse (ingen visere, alle tall i halve sirkelen o.l.) i tillegg til skåre er derfor klinisk mer informativt enn bare poeng eller oppsummeringer som «patologisk klokketest».

Skåring KT-NR3. Godkjent klokke: 4 og 5 poeng. Behov for umiddelbar retest: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> → Forsøk nr. <input type="text"/> av <input type="text"/>	
5 <input type="checkbox"/>	Alle tall (1–12, I–XII eller doble tallsett 1–24: 1–12 og 13–24) på rett plass enten i eller utenfor sirkel og korrekt plasserte visere
4 <input type="checkbox"/>	Små plasseringsfeil tall og/eller visere, blandede arabiske og romertall, ombyttede visere, tall både i og utenfor sirkel
3 <input type="checkbox"/>	Tall riktig/nesten riktig, men visere feil, eller visere riktig, men kun tall 12–23/13–24 eller 1–12 i snudd rekkefølge også etter retest
2 <input type="checkbox"/>	Tall riktig/nesten riktig, men kun én viser eller mer enn to visere, eller alle tall 1–24 etter hverandre i én sirkel også etter retest
1 <input type="checkbox"/>	Visere feil og tall gjentatt, stokket om på og/eller utelatt tross gjentatt instruksjon, tall over 24, tall kun i halve sirkelen og/eller ingen visere
0 <input type="checkbox"/>	Det settes ingen tall, kun bokstaver, markeringsstreker og/eller symboler eller ingenting på klokken

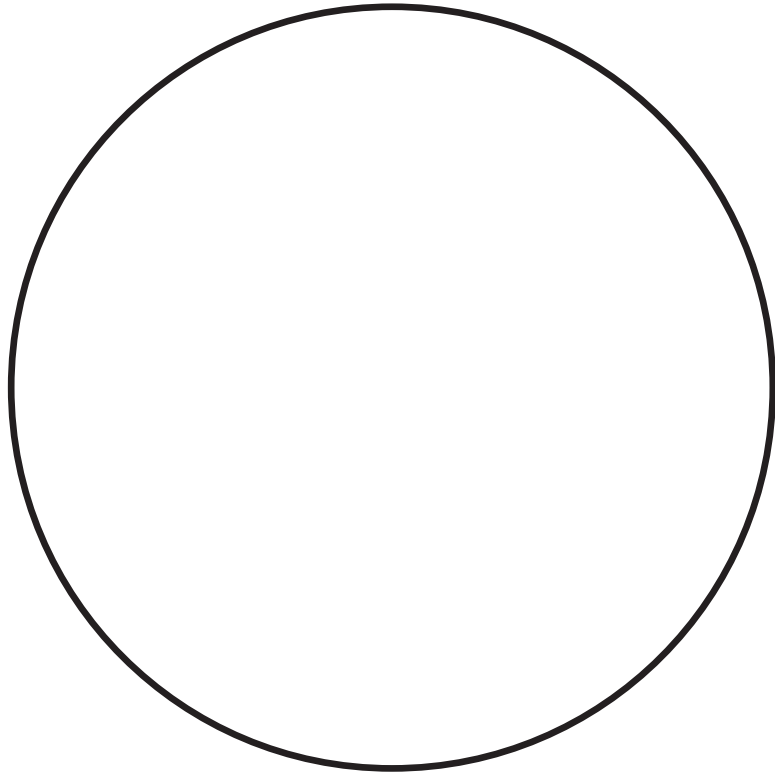
Version 3, 11.06.2016

Ved vansker kan videre testing gi diagnostisk og klinisk relevant informasjon om utførelse primært skyldes eksekutiv eller visuospatial svikt, eller om PAS ikke kan klokken (personer som ikke klarer å tegne eller kopiere en klokke, kan likevel ofte lese klokken korrekt). Ved primært eksekutiv svikt er fri utførelse redusert, kopiering ofte bedre. Ved hovedsakelig visuospatial svikt er kopiering ofte like redusert som fri utførelse.

Klokkekopieringstest: Ble tall satt inn feil/manglet ved fri utførelse, legg ark A foran PAS. Si: **Sett inn alle disse tallene** (pek på tallene i øvre sirkel) **på samme sted i denne sirkelen** (pek på nedre sirkel). Etter at tall er satt inn, si: **Tegn nå inn viserne slik at klokken er nøyaktig ti over elleve.**

Viserplassingstest: Ble tall satt inn feil på ark A, legg ark B foran PAS. Si: **Her er alle tallene. Tegn nå inn viserne slik at klokken er nøyaktig ti over elleve.** Ark B kan også brukes for å kartlegge viserplassing for mindre krevende (klokken tre) eller mer utfordrende klokkeslett (ti over halv fire).

Klokkelesningstest (KLT-NR): Be PAS for hver av de 12 klokkene si hvor mye klokken er, se skjema for administrasjon og skåring. KLT-NR stiller færre eksekutive krav enn KT-NR og ingen visuokonstruktive krav, kun visuoperseptuelle (evne til å tolke det man ser).



ADL-vurdering, aktiviteter i dagliglivet

Physical Self-Maintenance Scale (PSMS) kartlegger personnære aktiviteter i dagliglivet, som hygiene, spising og mobilitet. Diagnosen demens innebærer at det foreligger kognitiv svikt av en slik grad at det medfører sviktende ferdigheter til å klare dagliglivets aktiviteter. Skjemaet har ingen definert grenseverdi, og svarene som gis vurderes på hvert enkelt område. Skjemaet kan brukes både til å fastslå om det foreligger et ferdighetstap som kan skyldes en demenstilstand, og til å beskrive hva pasienten klarer eller ikke klarer. Dette gir et overblikk over hvilke hjelpetiltak som er nødvendig å sette inn.

ADL-vurdering

Lawton og Brody, 1969

Pasientens navn: _____ Dato for utredning: _____

Utfylt av: _____

Utfylling av følgende skjema skal baseres på helsepersonell sine observasjoner av pasienten i sykehjemmet.

Utgangspunkt for avkrysning er hva pasienten faktisk utfører i hverdagen og ikke hva han/hun kan klare eller er i stand til å mestre fysisk sett.

Jo høyere skåre på et område, jo mer sannsynlig er det at pasienten kan ha behov for av hjelp på det området.

0 skåres kun dersom området ikke er aktuelt.

Personlige aktiviteter i dagliglivet (P-ADL)

A. Toalett

- 0 Ikke aktuelt
- 1 Klarer seg selv på toalettet
- 2 Trenger å bli påminnet, og/eller hjelp til å vaske seg, har sjelden uhell (høyst en gang i uken)
- 3 Er inkontinent (blære eller tarm) i søvne mer enn en gang i uken
- 4 Er inkontinent (blære eller tarm) i våken tilstand mer enn en gang i uken
- 5 Ingen kontroll over blære eller tarm

B. Spising

- 0 Ikke aktuelt
- 1 Spiser uten hjelp
- 2 Trenger litt hjelp under måltidene, eller trenger spesialtilberedte måltider, eller trenger annen hjelp i måltidssituasjonene
- 3 Spiser med moderat hjelp og "søler"
- 4 Trenger mye hjelp ved alle måltider
- 5 Spiser ikke selv, og motsetter seg forsøk på å bli matet av andre

Vurdering av psykiatriske symptomer og atferdsendringer

Vurderes ved bruk av Neuropsykiatrisk evalueringsguide (NPI-Q) som utfylles ved intervju av pårørende eller basert på observasjonene til helsepersonell. Agitasjon kartlegges med BARS basert på observasjonene til helsepersonell. Depresjon er en viktig differensialdiagnose til demens. Cornell depresjonsskala utfylles i et intervju med en pårørende eller et helsepersonale, helst det siste for pasienter som har vært i sykehjemmet i mer enn 1 måned. En skåre på 7-11 indikerer mild grad og 12 eller mer moderat/alvorlig grad av depresjon.

Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)

Kaufers et al, J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999; 11: 145-146

Pasientens navn: _____

Dato for utredning: _____

Utfylt av: _____

Vennligst svar på følgende spørsmål basert på forandringer som har forekommet etter at pasienten har begynt å få sviktende hukommelse.

Sett ring rundt "JA" bare hvis symptomene har vært til stede siste måned.

Hvis ikke, sett ring rundt "NEI" - gå videre til neste spørsmål.

For hvert spørsmål som besvares med "JA" gjør følgende:

a) Skår alvorlighetsgrad av symptomet (hvordan det virker inn på pasienten)

1 = Mild (merkbar, men ikke en vesentlig forandring)

2 = Moderat (betydelig, men ikke en dramatisk forandring)

3 = Alvorlig (svært markert eller tydelig, en dramatisk forandring)

Vennligst svar nøye på hvert enkelt spørsmål.

Vrangforestillinger

Har pasienten oppfatninger som du vet ikke er riktige? For eksempel tror at andre stjeler fra ham/henne eller at andre planlegger å skade ham/henne på en eller annen måte?

JA NEI

INTENSITET: 1 2 3

Hallusinasjoner

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

JA NEI

INTENSITET: 1 2 3

Agitasjon/Aggresjon	Har pasienten perioder der han/hun motsetter seg hjelp fra andre, eller er vanskelig å ha med å gjøre?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Depresjon/Dysfori	Virker pasienten trist, eller sier han/hun at han/hun er deprimert?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Angst	Blir pasienten nervøs/uroelig når han/hun er adskilt fra deg? Viser han/hun noen andre tegn på nervøsitet slik som tungpustethet, sukking, ute av stand til å slappe av eller føler seg svært anspent?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Oppstemthet/Eufori	Synes pasienten å føle seg uvanlig munter eller oppfører seg som om han/hun er svært lykkelig?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Apati/Likegyldighet	Virker pasienten mindre interessert i sine vanlige aktiviteter og i andres gjøremål og planer?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Manglende hemninger	Virker det som om pasienten handler impulsivt, f.eks. snakker til fremmede personer som om han/hun kjenner dem, eller sier sårende ting til folk?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Irritabilitet/Labilitet	Er pasienten utålmodig og irriterbar? Har han/hun vanskelig for å takle forsinkelser eller venting på planlagte gjøremål?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Avvikende motorisk atferd	Utfører pasienten stadig gjentatte handlinger slik som å vandre rundt i huset, fange med knapper, vri snorer eller gjøre andre ting om og om igjen?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Søvn	Vekker pasienten medpasienter om natten, våkner for tidlig om morgenen eller sover mye på dagtid?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3
Appetitt/Spising	Har pasienten hatt vekttap eller vektøkning? Har han/hun endret typen mat han/hun foretrekker?
JA NEI	INTENSITET: 1 2 3

Kommentarer:

The Brief Agitation Rating Scale (BARS)

Finkel SI, Lyons JS, Andersson RL. JAGS 1993; 8; 565-70.
Oversatt av psykolog Arvid Skjerve

Pasientens navn: _____

Dato for utredning: _____

Utfylt av: _____

Instruksjon:

Les hver av de 10 atferdstypene, og sett ring rundt hvor ofte (1-7) hver har vist seg hos pasienten de siste to ukene. For detaljert beskrivelse av atferden, se under.

	Aldri	Mindre enn en gang i uken	En eller to ganger i uken	Flere ganger i uken	En til to ganger om dagen	Flere ganger om dagen	Mange ganger i timen
1 Går fram og tilbake, formålsløs vandring	1	2	3	4	5	6	7
2 Gjentatte setninger eller spørsmål	1	2	3	4	5	6	7
3 Slår (inkludert seg selv)	1	2	3	4	5	6	7
4 Griper, tar tak i andre	1	2	3	4	5	6	7
5 Skubber	1	2	3	4	5	6	7
6 Lager merkelige lyder (underlig latter eller gråt)	1	2	3	4	5	6	7
7 Skriker, roper	1	2	3	4	5	6	7
8 Klaging	1	2	3	4	5	6	7
9 Utfører gjentatte bevegelser eller handlinger	1	2	3	4	5	6	7
10 Generell rastløshet	1	2	3	4	5	6	7

Detaljert beskrivelse av atferden:

- Går fram og tilbake, formålsløs vandring** – konstant gange frem og tilbake, inkluderer også konstant kjøring med rullestol frem og tilbake. Inkluderer ikke vanlig målrettet gange.
- Gjentatte setninger eller spørsmål** – gjentakelse av den samme setningen eller spørsmålet, rettet mot en spesiell person eller rettet mot noen spesielle (klaging, selv om denne er rettet mot noen og muligens berettiget, blir denne skåret under klaging).
- Slår (inkludert seg selv)** – fysisk skade, slår andre, påfører andre smerte, slår seg selv/møbler.
- Griper, tar tak i andre** – triver, griper hardt, tar bestemt tak i eller napper borti.
- Skubber** – skubber med makt, skyver, presser andre.
- Lager merkelige lyder (underlig latter eller gråt)** – inkluderer gråting, stønning, underlig latter, skjæring av tenner, inkluderer ikke forståelige ord.
- Skriker, roper** – roper, gjennomtrengende hyl, ul, høylytte hvin.
- Klaging** – sutring og jamring, klager over seg selv, somatiske klager, over mageknip eller klager over det fysiske miljøet eller andre personer.
- Utfører gjentatte bevegelser eller handlinger** – utfører gjentatte og stereotype bevegelser eller handlinger, slik som klapping, banking, ruge på seg selv, plukke, fikle, gni på seg selv eller gjenstander, suge på fingre, ta av og på sko, pirke på seg selv, klær eller gjenstander, plukke på innbilte ting i luften eller fra gulvet, håndtere gjenstander på en stereotyp måte, inkluderer ikke gjentagelser av ord eller annen vokalisering.
- Generell rastløshet** – er rastløs, beveger seg hele tiden rundt i stolen, reiser seg opp og ned, ikke i stand til å sitte rolig.

Cornell – skala for depresjon

Alexopoulos et al., 1988. Til norsk Årsland D.

Pasientens navn: _____

Dato for utredning: _____

Utfylt av: _____

Skåringen baseres på symptomer og tegn som har vært til stede siste uke før evalueringen. Skåringen skal ikke baseres på kroppslig funksjonshemming eller sykdom.

NB: Spørsmål nummer 8 og 11 skåres hvis endring har oppstått raskt, for eksempel i løpet av en måned, uansett når, ikke begrenset til siste måned.

Svaralternativ

a. Lar seg ikke evaluere

0. Ikke til stede

1. Moderat eller bare periodevis til stede

2. Mye til stede

a 0 1 2

A: Stemningssymptomer

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Angst, engstelig uttrykk, grubling, bekymring | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tristhet, trist uttrykk, trist stemme, tar til tårene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Manglende evne til å glede seg over hyggelige hendelser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Irritabilitet, lett irritert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B: Forstyrret atferd

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Agitert, rastløs, vrir hendene, river seg i håret | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Retardasjon, langsomme bevegelser, langsom tale, reagerer sent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Uttalte kroppslige plager (skår 0 hvis bare mage/tarm symptomer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tap av interesse, mindre opptatt av vanlige aktiviteter (skåre 1 eller 2 bare hvis endringen har skjedd raskt, dvs. i løpet av en måned, ellers 0) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C: Kroppslige uttrykk

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Redusert appetitt, spiser mindre enn ellers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vekttap (skår 2 hvis større enn 2 kg i løpet av en måned) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tap av energi, blir fort trett, klarer ikke holde ut aktiviteter (skår 1 eller 2 bare hvis forandringen har oppstått raskt, dvs. i løpet av en måned, ellers 0) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D: Døgnvariasjoner

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Døgnvariasjoner i humør, humør verst om morgenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Innsøvningsvansker, sovner senere enn det som er vanlig for pasienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Hyppige oppvåkninger i løpet av natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Tidlig morgenoppvåkning, tidligere enn vanlig for denne pasienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E: Tankeforstyrrelser

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Selvmord, føler livet ikke er verd å leve, har selvmordstanker, gjør selvmordsforsøk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Dårlig selvbilde, selvbebreidelse, selvnedvurdering, skyldfølelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Pessimisme, ser svart på framtiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Vrangforestillinger som samsvarer med å være deprimert (for eksempel forestillinger om fattigdom, sykdom eller tap) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cornell sum skåre

Vurdering av livskvalitet

Livskvaliteten til pasienten vurderes med skalaen: Livskvalitet ved langtkommen demens (QUALID) skala, som baseres på informasjon fra pårørende eller personale som har daglig omgang med pasienten. Vurderingen gjøres på bakgrunn av konkret, observerbar atferd og følelsesuttrykk hos pasienten.

Livskvalitet ved langtkommen demens (QUALID) skala[©]

Weiner et al 2000

Norsk oversettelse: Knut Engedal, Irene Røen, Eivind Aakhus, Sverre Bergh, Susan Juell, Geir Selbæk

Pasientens navn: _____

Dato for utredning: _____

Utfylt av: _____

Kryss av for svaralternativet som best beskriver pasienten gjennom den siste uken. Totalskåren vil ligge mellom 11 og 55, med 11 som uttrykk for høyest livskvalitet.

Hvilket svaralternativ beskriver pasienten best gjennom den siste uken...

A. Personen smiler

- 1 spontant en eller flere ganger daglig
- 2 spontant, men sjeldnere enn en gang daglig
- 3 bare som respons på ytre stimuli, minst en gang daglig
- 4 bare som respons på ytre stimuli, sjeldnere enn en gang daglig
- 5 sjelden eller aldri

B. Personen virker trist

- 1 sjelden eller aldri
- 2 bare som respons på ytre stimuli, sjeldnere enn en gang daglig
- 3 bare som respons på ytre stimuli, minst en gang daglig
- 4 uten åpenbar grunn, sjeldnere enn en gang daglig
- 5 uten åpenbar grunn, en eller flere ganger daglig

C. Personen gråter

- 1 sjelden eller aldri
- 2 bare som respons på ytre stimuli, sjeldnere enn en gang daglig
- 3 bare som respons på ytre stimuli, minst en gang daglig
- 4 uten åpenbar grunn, sjeldnere enn en gang daglig
- 5 uten åpenbar grunn, en eller flere ganger daglig

D. Personen har et ansiktsuttrykk som uttrykker ubehag – virker ulykkelig eller smertepåvirket (ser bekymret ut, skjærer grimaser, rynker pannen eller slår ned blikket)

- 1 sjelden eller aldri
- 2 sjeldnere enn en gang daglig
- 3 minst en gang daglig
- 4 nesten halvparten av dagen
- 5 mesteparten av dagen

**E. Personen viser kroppslig ubehag
- hun/han vrir på seg, virker utilpass,
skifter stadig stilling**

- 1 sjelden eller aldri
- 2 sjeldnere enn en gang daglig
- 3 minst en gang daglig
- 4 nesten halvparten av dagen
- 5 mesteparten av dagen

**F. Personen kommer med ytringer eller
lager lyder som tyder på misnøye, trist-
het eller ubehag (klager, stønner,
roper/skriker)**

- 1 sjelden eller aldri
- 2 bare som respons på ytre stimuli,
sjeldnere enn en gang daglig
- 3 bare som respons på ytre stimuli,
minst en gang daglig
- 4 uten åpenbar grunn, sjeldnere
enn en gang daglig
- 5 uten åpenbar grunn, en eller flere ganger daglig

**G. Personen er irritabel og aggressiv
(blir sint, banner, dytter eller forsøker å
skade andre)**

- 1 sjelden eller aldri
- 2 bare som respons på ytre stimuli,
sjeldnere enn en gang daglig
- 3 bare som respons på ytre stimuli,
minst en gang daglig
- 4 uten åpenbar grunn, sjeldnere
enn en gang daglig
- 5 uten åpenbar grunn, en eller flere ganger daglig

H. Personen nyter å spise

- 1 ved de fleste måltidene, og mellom måltider
- 2 ved minst to måltider daglig
- 3 ved minst ett måltid daglig
- 4 sjeldnere enn daglig
- 5 sjelden eller aldri

I. Personen liker berøring / kroppskontakt

- 1 nesten alltid, tar nesten alltid initiativ til berøring
- 2 mer enn halvparten av tiden,
tar av og til initiativ til berøring
- 3 halvparten av tiden, tar aldri initiativ til berøring
men motsetter seg ikke å bli berørt
- 4 mindre enn halvparten av tiden,
motsetter seg ofte å bli berørt/bli tatt på
- 5 sjelden eller aldri, motsetter seg nesten
alltid berøring/bli tatt på

J. Personen liker samvær med andre

- 1 nesten alltid, tar nesten alltid initiativ
til samvær med andre
- 2 mer enn halvparten av tiden, tar av
og til initiativ til samvær med andre
- 3 halvparten av tiden, tar aldri initiativ til
samvær med andre men motsetter seg
ikke samvær med andre
- 4 mindre enn halvparten av tiden,
motsetter seg ofte samvær med andre
- 5 sjelden eller aldri, motsetter seg nesten alltid
samvær med andre

**K. Personen virker følelsesmessig
rolig og avslappet**

- 1 mesteparten av dagen
- 2 mer enn halvparten av dagen
- 3 halvparten av dagen
- 4 mindre enn halvparten av dagen
- 5 sjelden eller aldri

_____ **Totalskår**
(summen av skåringene
på alle spørsmålene).

Skåringen varierer mellom 11 til 55 hvor laveste sum
representerer høyest livskvalitet

Kommentarer:

Konklusjon av utredningen

Demens ifølge ICD-10 tilsvarer ICPC-2 P-70 demens. Dersom svaret er ja på 1-4 foreligger demens. Dersom svaret er ja på pkt 1.1 og/eller 1.2, men nei på pkt 1.3, foreligger "mild kognitiv svikt".

	Ja	Nei
1 1.1 Svekket hukommelse, især for nyere data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Svekkelse av andre kognitive funksjoner, for eksempel abstraksjonsevne, språkevne, vurderingsevne, logisk tenkeevne, praksis (minimum to)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Den kognitive svikten influerer vanligvis på dagliglivets funksjoner og/eller sosialt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Klar bevissthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vanligvis er atferden endret (for eksempel initiativløshet, passivitet, endret sosial atferd), men dette kan også komme senere i forløpet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tilstanden har vart i 6 måneder eller lenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demens (dersom usikkert, henvis til spesialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sykdomsdiagnose

	Ja
Mild kognitiv svikt (Kognitiv svikt som ikke influerer på evnen til å klare seg i dagliglivet)	<input type="checkbox"/>
Alzheimers demens (AD) (Vanligvis global svikt med snikende start og progresjon)	<input type="checkbox"/>
Vaskulær demens (VaD) (Oppstått i tidsmessig sammenheng med en cerebrovaskulær hendelse)	<input type="checkbox"/>
AD + VaD (Tegn til begge tilstander. Det er ikke så uvanlig hos de aller eldste)	<input type="checkbox"/>
Frontallappdemens (Hemningsløs eller "flat" atferd kommer vanligvis før den kognitive svikten)	<input type="checkbox"/>
Demens med Lewy legemer (Parkinsonisme, synshallusinasjoner, fluktuerende kognitiv svikt)	<input type="checkbox"/>
Demens ved Parkinsons sykdom (Demenssymptomer kommer > 1 år etter parkinsonismen)	<input type="checkbox"/>
Uspesifisert demens	<input type="checkbox"/>

