

Utredningsverktøy til bruk for **LEGER**

Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Revidert 2009

Helse- og omsorgspersonell

Pasient

- ▲ Samtale
- ▲ Kognitiv testing
- ▲ Sikkerhet i bolig

Pårørende

- ▲ Spørreskjema pårørende
- ▲ Dagliglivets aktiviteter (ADL)
- ▲ Cornell
- ▲ Belastningsskala – pårørende



1. Legetime (20 min.)

- ▲ Anamnese
- ▲ Somatisk undersøkelse
- ▲ Blodprøver
- ▲ Vurdering av delirium
- ▲ Henvisning CT/MR-Caput



2. Legetime (2x20 min.)

Pårørende

- ▲ Samtale

Pasient

- ▲ Kognitiv testing
- ▲ Psykiatriske symptomer
- ▲ Bilkjøring
- ▲ Konklusjon
- ▲ Informasjon
- ▲ Drøfting av tiltak



Informasjon til hjelpeapparatet
(hvis pasienten samtykker)



Oppfølging etter 6 – 12 måneder

Pasientens navn: _____ Født: _____

Adresse: _____ Tlf: _____

Pårørendes navn: _____

Pårørendes adresse: _____ Tlf: _____

Lege: _____

Dato for undersøkelse: _____

Som et hovedprinsipp anbefales at utredning ved mistanke om demens, utføres av pasientens lege (fastlege eller sykehjemslege) i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten. Det er en fordel om det finnes et team på to personer i helse- og omsorgstjenesten som kan koordinere utredningen og følge pasient og pårørende med hensyn til hjelpetiltak. Teamet skal ha kontakt med pasient, familie, lege og saksbehandlere som vedtar kommunale helse- og omsorgstjenester. For mer informasjon, se veileder.

Kartlegging utført av personell fra helse- og omsorgstjenesten

Det anbefales at kartleggingen foregår ved at en av personale samtaler med pasienten og en med pasientens pårørende. Skjemaene bør fylles ut under samtalen med pårørende. Sett av god tid. Spørsmålene kan åpne for vanskelige følelser. Det kan være godt for pårørende å snakke om det som er vanskelig, men noen pårørende kan også oppleve at de avslører den som er syk og at det derfor kan være vanskelig å snakke åpent. Som intervjuer/samtalepartner kan vi lytte og det må gis mulighet for veiledning/råd og drøfting av mulige tiltak.

Utredning utført av pasientens fastlege

Utredningen anbefales utført i to konsultasjoner. Det bør avsettes 20 minutter til den første konsultasjonen, hvor det utføres somatisk undersøkelse. Ved andre konsultasjon anbefales 2x20 minutter for samtale og testing av pasient og samtale med pårørende.

Om legen er i tvil om diagnose er det aktuelt å henvise til spesialisthelsetjenesten.

Samordning av utredningen

Det er mest hensiktsmessig at helse- og omsorgspersonell først utfører sin kartlegging og sender resultatene til legen.

Legen bør etter undersøkelse av pasienten ta kontakt med helse- og omsorgspersonell for å diskutere eventuelle støtte- og hjelpetiltak (samarbeidsmøte, takst 14).

Oppfølging

Pasienter med en demensdiagnose bør følges opp av lege og demensteam hver 6.-12. måned for eventuelt å justere behovet for hjelp.

En gang i året bør det gjøres:

- Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR, bruk nytt oppgavesett ved retest)
- Klokketest
- Belastningsskala pårørende
- Sikkerhet i hjemmet

To ganger i året bør det gjøres en ADL vurdering.

Takster som kan benyttes av legen

1bd, 1f, 1h, 2ad, 2cd, 14, 612a, 617.

Sjekkliste ved Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Utredningen anbefales utført i to konsultasjoner. I den første (20 minutter) utføres somatisk undersøkelse. I den andre anbefales samtale/test med pasienten og en pårørende. Dette vil vanligvis kreve 2x20 minutter. Det er en fordel om legen samarbeider med demensteam/koordinator om det finnes i kommunen. For mer informasjon, se egen veileder. Takster som kan benyttes: 1bd, 1f, 1h, 2ad, 2cd, 14, 612a og 617

1. Legetime

Somatisk undersøkelse

Mål blodtrykk og puls, og gjør en enkel nevrologisk undersøkelse. Vurder om det foreligger hjertesvikt, lungesykdom, infeksjonssykdom eller annen akutt sykdom.

Blodprøver

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

Vurdering av delirium (akutt konfusjon, akutt forvirring)

Delirium er karakterisert ved en rask innsettende kognitiv svikt (dager til uker). Symptomene er særlig uttalt kveld/natt. Årsaken(e) kan være somatisk sykdom, som hjertesvikt, lungesykdom, forstyrrelse av væskebalansen, søvnapné, infeksjonssykdom, annen akutt sykdom eller legemidler (se neste punkt).

Vurdering av eventuelle kognitive legemiddelbivirkninger

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

CT eller MR av hjernen

Henvis til CT-caput eller MR (foretrekkes) for påvisning av eventuelle romoppfyllende prosesser eller hjerneinfarkter. Be om vurdering av substanssvinn i ulike deler av korteks.

2. Legetime

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). Gjennomsnittsskåre på spørreskjema for pårørende på 3,5 eller høyere gir mistanke om demens.

Kognitiv testing

MMSE-NR og Klokketest er et minimum. Gjør testingen selv. Da er det lettere å tolke resultatet. Svært høy alder, manglende motivasjon, lav utdanning, afasi, lese/skrivevansker, flerkulturell bakgrunn/lav norskspråklig kompetanse, redusert syn og hørsel og akutt somatisk sykdom kan påvirke MMSE-NR resultatet negativt. Hos yngre personer og personer med høy utdanning kan en høy skåre på MMSE-NR likevel være forenlig med kognitiv svikt eller demens, mens en lav skåre hos svært gamle personer kan være forenlig med normal kognitiv funksjon.

Vurdering av psykiatiske symptomer

Depresjon er en viktig differensialdiagnose til demens. Cornell depresjonsskala utfylles av pårørende eller omsorgsperson. Skåre på 7-11 indikerer mild grad og 12 eller mer moderat/svært grad av depresjon. Dersom det i tillegg velges å benytte MADRS anvendes den best hos personer med MMSE-NR skåre over 20.

Vurdering av evnen til å kjøre bil

Ifølge veileder for Sosial- og helsedirektoratet (IS-1437) Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.-2007 side 26 kan følgende *veiledende* retningslinjer for vurdering ved MMS gis:

MMS 26-30: Ofte tilstrekkelig til kjøring, med mindre andre forhold taler imot

MMS 20-25: Ofte uforenlig med kjøring. Videre utredning og/eller praktisk prøve bør vurderes

MMS <20: Diskvalifiserer for kjøring, dersom Fylkesmannen ikke finner meget gode holdepunkter for det motsatte.

Disse retningslinjene bør ikke følges slavisk siden resultat på MMS påvirkes av en rekke faktorer (se veileder). Vær oppmerksom på at de ovennevnte retningslinjene viser til MMS uten at versjon eller skåringskriterier er spesifisert blant annet om samlet skåre skal være basert på baklengs staving eller seriell-7, som anses som mer vanskelig.

I MMSE-NR administreres kun seriell-7 og de *veiledende* retningslinjene kan dermed være litt for strenge når MMSE-NR benyttes.

Ved tvil om egnethet for kjøring anbefales at det etter samtykke fra pasient innhentes komparentopplysninger om aktuelle kjøreferdigheter (for eksempel "Kjøreferdigheter – Spørsmål til komparent", Strobel og Brækhus, revidert skjema 2008).

Konklusjon av utredningen

Demens i følge 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 etter 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"/>

Oppsummerende samtale og bestemmelse av tiltak

Områder som bør diskuteres med pasient og pårørende (og i samarbeidsmøte) for å bestille tiltak:

- Informasjon om diagnose
- Informasjon om symptomer og prognose
- Behov for hjemmehjelp/hjemmesykepleie/dagsenter/institusjon m.m.
- Medikamentell behandling
- Ikke medikamentell behandling
- Hjelpeverge/testamente
- Pårørendes behov for støtte og deltakelse i pårørendeskole
- Bilkjøring

Oppfølging

Pasienten bør følges opp hver 6-12 mnd. Legen bør følge opp legemiddelbehandling (psykofarmaka, kolinesterasehemmer og annet) og samarbeide med demensteamet/demenskoordinator/hjemmetjenesten (samarbeidsmøte, takst 14). Det er en fordel om pårørende er med ved alle konsultasjoner. Det er ofte pårørende som vet best hvor "skoen trykker".

Skjemaene er utviklet av



Utviklingen er støttet av



Papirutgave av skjema og veileder kan bestilles fra

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50 Faks: 33 33 21 53
E-post: post@aldringoghelse.no

*Skjema og veileder kan også lastes ned fra **www.aldringoghelse.no***

Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Norsk revidert mini mental status evaluering (MMSE-NR)

Carsten Strobel & Knut Engedal, 2009

Testleder (TL): _____ Dato: _____ Tidspunkt: _____

Teststed: _____ Har MMSE vært administrert samme sted tidligere? Ja Nei

Hvis ja, når? _____ Når/hvor ble MMSE sist administrert? _____

Oppg. 11 og 12: Angi oppgavesett (ordsett, starttall) administrert i dag:

1. adm 2. adm 3. adm 4. adm 5. adm

Pasient (PAS): _____

Fødselsdato: _____ Nasjonalitet/morsmål: _____

Utdanning/antall år: _____ / _____ år Yrke: _____

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

Hensynsgrunn/diagnose: _____

Legemidler: _____

▲ Instruksjon

Testing skal finne sted i enerom, fortrinnsvis på pasientens morsmål. Unngå at pasienten ser skåringsark/skåring. Fet skrift (**bold**) leses høyt, tydelig og langsomt. Pause (markert [pause]) skal vare i 1 sek. Alle spørsmål stilles selv der pasienten besvarer flere spørsmål under ett. Skriv ordrett pasientens svar på hvert spørsmål. Pasienten kan korrigere svar underveis. Følg eksakt standardisert instruksjon, (se retningslinjer for administrasjon, oppfølgende spørsmål og skåring i manual*). Ved retest benyttes oppgavesett som angitt for å redusere øvelseseffekt. Det gis kun hele poeng eller 0, aldri halve poeng. Sett kryss i ruten for 0 dersom svaret er feil og i ruten for 1 ved riktig svar. Hvis pasienten ikke er testbar på en oppgave, angi hvorfor og sett ring rundt 0.

Er du usikker på hvordan et svar skal skåres, etter å ha sjekket manual*, rådfør deg med en erfaren kollega. MMSE-NR er ikke en demenstest, kun et grovt kognitivt funksjonsmål, og kun et supplement ved utredning. Vær oppmerksom på at alder og utdanning påvirker resultat; lavere alder og høyere utdanning gir ofte bedre skåre. Manglende motivasjon, afasi, lese- og skrivevansker, redusert syn og hørsel, depresjon, legemiddelbivirkninger, flerkulturell bakgrunn, lav norskspråklig kompetanse og akutt somatisk sykdom kan påvirke resultatet negativt. Totalskåre sier lite om spesifikke utfall. Skriv ned pasient-spesifikke utfall.

▲ Kommentarer/spesielt å bemerke

(atferd, stemningsleie, smerter, afasi, tidsbruk, glemt briller/høreapparat etc.)

OPPMERKSOMHET/BEVISSTHETSNIVÅ

Gradert vurdering av oppmerksomhet/bevissthetsnivå
(Sett kryss passende sted på linjen)

Uoppmerksom |-----| Oppmerksom

TESTSITUASJON

Gradert vurdering av samarbeid/testinnsats
(Sett kryss passende sted på linjen)

Dårlig |-----| Utmerket

* Manual fåes tilsendt fra: bibliotek@aldringoghelse.no

TL starter med følgende spørsmål: **Synes du hukommelsen har blitt dårligere?** Ja Nei Vet ikke
Jeg skal nå stille deg noen spørsmål, som vi spør alle om. Svar så godt du kan.
 Instruksjon kan gjentas, unntatt på oppg. 12 og 17.

TIDSORIENTERING**Poeng**

1. Hvilket årstall har vi nå? (kun fullt årstall med 4 sifre gir poeng) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
2. Hvilken årstid har vi nå? (ta hensyn til vær og geografiske forhold) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
3. Hvilken måned har vi nå? (kun riktig navn på måned gir poeng) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
4. Hvilken ukedag har vi i dag? (kun riktig navn på dag gir poeng) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
5. Hvilken dato har vi i dag? (kun dagsledd trenger å være riktig for å få poeng) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

STEDSORIENTERING

På spørsmål 7 brukes "Landsdel" ved testing i Oslo, "Fylke" utenfor Oslo.
 Sett ring rundt valgt stedsord for spørsmål 8 og 9.

6. Hvilket land er vi i nå? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7. Hvilket fylke/landsdel er vi i nå? (Sør-Norge gir også poeng for landsdel) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
8. Hvilken by/kommune er vi i nå? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
9. Hva heter dette stedet/bygningen/sykehuset/legekontoret/hvor er vi nå? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
10. I hvilken etasje er vi nå? (Spørsmål stilles også om man er i 1. etasje) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

UMIDDELBAR GJENKALLING/REGISTRERING

Ved retesting: [2. adm: STOL-BANAN-MYNT], [3. adm: SAFT-LAMPE-BÅT], [4. adm: KATT-AVIS-LØK], [5. adm: FLY-EPLER-SKO].

11. Hør godt etter. Jeg vil si 3 ord som du skal gjenta etter at jeg har sagt dem, og som du skal prøve å huske, for jeg kommer også til å spørre deg om dem senere. Klar? Nå kommer ordene;... HUS [pause], KANIN [pause], TOG [pause]. Nå kan du gjenta disse ordene.

Dersom pasienten ikke gjentar alle 3 ord, repeteres alle ord inntil alle gjengis i samme forsøk, maks. 3 presentasjoner. Det gis kun poeng etter 1. presentasjon, rekkefølge pasienten sier ordene er uten betydning.

Antall presentasjoner: ____stk.

HUS [Ord ved retest:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
KANIN [Ord ved retest:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOG [Ord ved retest:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Husk disse ordene, for jeg vil be deg gjenta dem senere.

OPPMERKSOMHET OG HODEREGNING (Vær oppmerksom på eventuell distraksjonsbetingelse**)

Bruk følgende starttall ved retesting: [2. adm: 50], [3. adm: 90], [4. adm: 40], [5. adm: 60]. Sett ring rundt starttall, skriv ned tallsvar. Poeng gis når svar er akkurat 7 fra forrige tall, uavhengig av om forrige tall var riktig.

12. Kan du trekke 7 fra 80? [Dersom pasienten ikke gir et tallsvar, si: Hva er 80 minus 7?] [Rett etter tallsvar, gis videre instruksjon]: Og så fortsetter du å trekke 7 fra tallet du kommer til, helt til jeg sier stopp [Instruksjon gis kun én gang]. Dersom pasienten heller ikke nå gir et tallsvar, gå videre til distraksjonsbetingelsen**.

Starttall:	80	50	90	40	60		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	[73]	[43]	[83]	[33]	[53]	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om nødvendig si: og så videre...	[66]	[36]	[76]	[26]	[46]	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om nødvendig si: og så videre...	[59]	[29]	[69]	[19]	[39]	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om nødvendig si: og så videre...	[52]	[22]	[62]	[12]	[32]	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om nødvendig si: og så videre...	[45]	[15]	[55]	[5]	[25]	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etter 5 subtraksjoner si: **Fint, det holder** [Gå til oppg. 13].

**Eventuell distraksjonsbetingelse – OBS, er ikke poenggivende!

Dersom pasienten ikke vil utføre eller kan besvare oppg. 12 med 5 avgitte tallsvar, skal distraksjonsbetingelsen brukes for å sikre kartlegging av langtidshukommelse på oppg. 13. Be da pasienten telle baklengs fra 100 ca. 30 sek. med følgende instruksjon: (Tell baklengs fra 100 på denne måten: 99, 98, 97..., helt til jeg sier stopp. Vær så god!)

UTSATT GJENKALLING**Poeng**

13. Hvilke 3 ord var det jeg ba deg om å huske? [Ikke gi hjelp/stikkord]

HUS	[Ord ved retest:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
KANIN	[Ord ved retest:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOG	[Ord ved retest:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Nevnes mer enn 3 ord, må pasienten velge hvilke 3 ord som skal være svaret. Rekkefølge er uten betydning. Det gis kun poeng for eksakt gjengivelse, dvs. bolighus, hytte, hare, kanindyr, togbane, lokomotiv etc. gir ikke poeng.

BENEVNING

14. Hva heter dette? [Pek på en blyant] 0 1

15. Hva heter dette? [Pek på et armbåndsur] 0 1

Bruk kun blyant og armbåndsur, gjelder også retesting. Alternative poenggivende svar: Penn, gråblyant, klokke, ur etc.

REPETISJON

16. Gjenta ordrett det jeg sier. Er du klar? [Si tydelig]: "Aldri annet enn om og men" 0 1

TL kan si frasen 3 ganger. Poeng gis kun etter 1. presentasjon. Dialektvariasjoner godtas.

Antall presentasjoner: _____ stk.

FORSTÅELSE

Legg et blankt A4-ark på bordet midt foran pasient, kortsiden mot pasienten. TL legger egen hånd på arket til all instruksjon er gitt. Gi poeng for hver utført delhandling, også dersom pasienten bretter arket med én hånd eller legger arket foran TL.

17. Hør godt etter, for jeg skal be deg gjøre 3 ting i en bestemt rekkefølge. Er du klar? Ta arket med én hånd [pause], brett arket på midten én gang med begge hender samtidig [pause], og gi arket til meg. [pause] Vær så god! [Instruksjon gis kun én gang]

TAR ARKET MED KUN ÉN HÅND	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
BRETTET ARKET PÅ MIDTEN KUN ÉN GANG	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
LEGGET ARKET PÅ BORDET FORAN TL ELLER GIR ARKET TIL TL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

LESNING

18. Nå vil jeg at du gjør det som står på arket [Vis pasienten teksten].
Pasienten må lukke øynene for poeng.

LUKK ØYNE DINE 0 1

SKRIVNING/SETNINGSGENERERING

Legg MMSE-NR skjema side 4 med kortsiden foran pasienten og gi vedkommende en blyant.

19. Skriv en meningsfull setning her [Pek på øvre del av side 4].

Skriver ikke pasienten noe, si: **Skriv om været.** 0 1

Skrives imperativsetning med kun ett ord, f.eks. "Spis", si: **Skriv en lengre setning.** Skrives tidligere gitt setning/frase, f.eks. "Lukk øynene dine", "En meningsfull setning", si: **Skriv en setning du lager selv.**

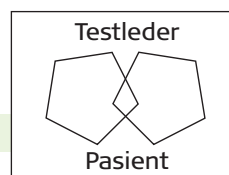
Setningen må være forståelig, men trenger ikke inneholde objekt. Se eksempler i manual*. Det gis poeng ved riktig utførelse selv etter supplerende instruksjon. Ignorer stave- og grammatikalske feil.

TEGNING/FIGURKOPIERING

Legg figurark over setningen pasienten skrev, viskelær ved siden av.

20. Kopier figuren så nøyaktig du kan her [Pek på nedre del av side 4].

Du kan bruke viskelær. Ta deg god tid. Si fra når du er ferdig.

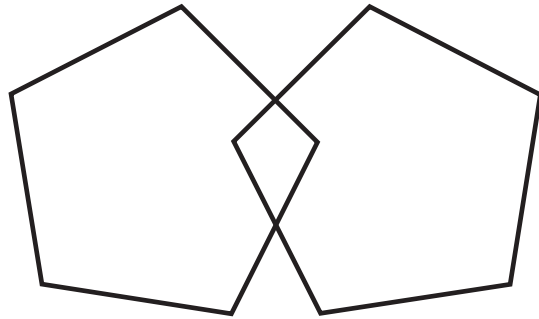


0 1

Det gis poeng når tegningen består av to 5-kantede figurer som former en 4-sidet figur

der 5-kantene overlapper. Tegnet figur trenger ikke være identisk med modellen. Se skåringseksempler i manual*.

TOTAL POENGSUM = ____/30. Presiser hva pasienten hadde utfall (feilsvar) på:



LUKK ØYNENE DINE



Pasientens navn: _____ Dato for utredning: _____

Utfylt av: _____

Klokketest

Modifisert etter Shulman, 2000

Gi pasienten arket med ferdig tegnet sirkel og en penn eller en blyant.

Si: Denne sirkelen forestiller en klokke.

Jeg vil at du setter inn alle tallene på klokkeskiven.

Etter at pasienten har satt inn tallene på klokkeskiven;

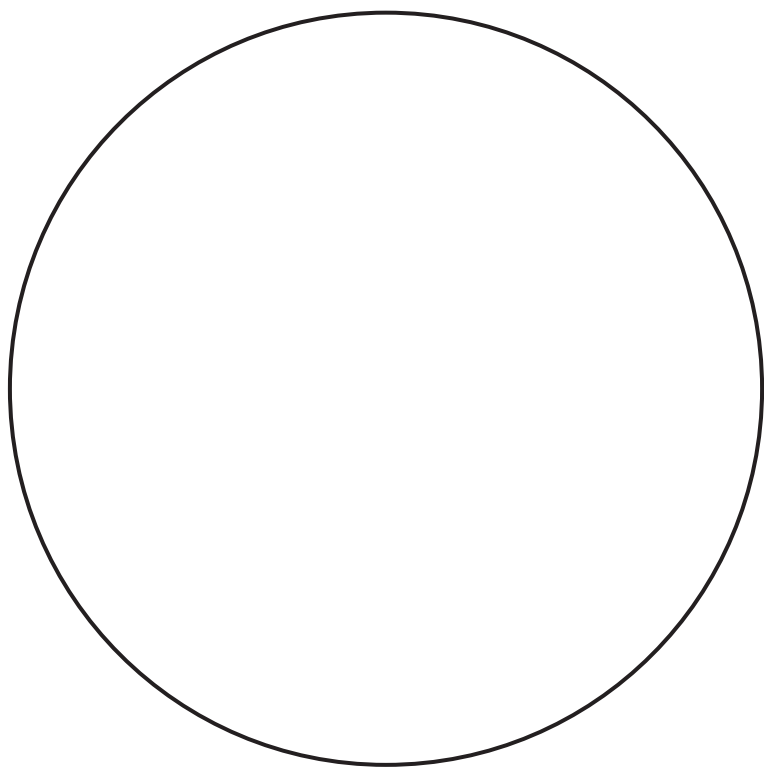
Si: Tegn inn visere slik at klokka er ti over elleve.

Hvert instruksjonsledd kan gjentas ved behov (maks tre ganger). For eksempel, dersom pasienten kun setter inn tallene 3-6-9-12 eller bare noen tall, gjenta instruksjon og legg vekt på ordet alle. Dersom pasienten setter inn hjelpestreker for å lage sektorer eller tegner en stoppeklokke skal dette stoppes. Man kan i slike tilfeller starte på nytt og gi ny instruksjon. Om pasienten fortsetter å inndele klokken i sektorer eller tegner stoppeklokke avbrytes testen og det noteres på arket hvorfor man har avbrutt. Små markeringer for hvor tallene skal stå må imidlertid kunne aksepteres.

Slurvefeil med plassering av tallene skal ikke trekke ned poengsettingen. Om alle tallene settes på utsiden av klokkeskiven må det kunne aksepteres.

Angi poengsum fra 0-5 ut fra pasientens klokketegning. Sett ring rundt riktig poengsum.

- 5 Korrekt klokke med alle tall fra 1-12 og korrekt angitt klokkeslett
- 4 Små plasseringsfeil av tall eller visere
- 3 Tallene er plassert riktig (eller omtrent riktig), men viserne er plassert feil
- 2 Tallene er feilplassert, noe som gjør det umulig å plassere viserne riktig
- 1 Betydelig feilplassering av tallene / tall er utelatt
- 0 Ser ikke ut som en klokke / skriver bokstaver på arket / forsøker ikke å tegne inn tall





Revidert utgave 2009

Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Samtale med pårørende

Pasientens navn: _____

Dato for samtale: _____

Pårørendes navn: _____

Slektskap: _____

Utfylt av: _____

Cornell – skala for depresjon

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

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

Svaralternativ

a. Lar seg ikke evaluere

0. Ikke tilstede

1. Moderat eller bare
periodevis tilstede

2. Mye tilstede

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. Innsøvningssvanser, 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 deprimeret (for eksempel forestillinger om fattigdom, sykdom eller tap) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cornell sum skåre