

Veileder

Revidert 2009

Demensutredning i kommunehelsetjenesten



Forord

Utredningsskjemaene til bruk ved utredning av demens i kommunehelsetjenesten har blitt betydelig revidert og omarbeidet. Det er derfor naturlig at også veilederen til bruk av skjemaene har gjennomgått en ansiktsløftning. Dette arbeidet har vært gjort av en arbeidsgruppe bestående av ergoterapeut Linda Gjøre, ergoterapeut Margit Gausdal, psykolog Per Kristian Haugen, psykolog Carsten Strobel, sykepleier Birger Lillesveen og lege Knut Engedal. Underveis i arbeidet med utarbeiding av utredningsskjemaene og veilederen har arbeidsgruppen fått hjelp og gode råd av flere leger som vi ønsker å takke; overlege Peter Wetterberg, overlege Olav Aga, fastlege Torbjørn Henriksen og fastlege Harald Sanaker. Vi vil også benytte anledningen til å takke Helsedirektoratet for økonomisk og faglig støtte i arbeidet med å utarbeide skjemaene og veilederen.

Oslo, januar 2009

På vegne av arbeidsgruppen

Knut Engedal

Prof dr.med.

Hvem gjelder denne veilederen for?

Denne veilederen henvender seg i første rekke til fastleger, sykehjemsleger og til fagpersonale i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Dette er de helsearbeidere som bør kunne utrede personer hvor det foreligger mistanke om demens. Om man i kommunehelsetjenesten ikke kommer fram til en diagnose bør pasienten henvises til utredning i spesialisthelsetjenesten.

Organisatoriske forhold

Hvilke pasienter skal utredes i kommune- og hvilke i spesialisthelsetjenesten?

Det kan være vanskelig å avgjøre hvilke pasienter som skal utredes i kommunehelsetjenesten og hvilke som bør henvises til spesialisthelsetjenesten. En slik oppgavedeling er avhengig av legens og helse- og omsorgstjenestens kompetanse på området.

En rimelig målsetting er at kommunehelsetjenesten foretar utredning av pasienter med klare symptomer på kognitiv svikt og hvor det ikke foreligger spesielle atferdsproblemer, eller samtidig annen kompliserende sykdom.

Pasienter med kun mistanke om kognitiv svikt, men ingen overbevisende symptomer på kognitiv svikt bør fortrinnsvis utredes i spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder for personer

med klare kognitive symptomer – og samtidig tegn til atferdsproblemer, eller mange andre kompliserende sykdommer. Med spesialisthelsetjenesten menes i denne sammenhengen fagområdene nevrologi, psykiatri og geriatri. I noen av landets fylker har geriatrien etablert et tilbud for tidlig diagnostikk av demens, mens denne oppgaven i andre fylker ivaretaes av det alderspsykiatriske fagfeltet. Det er få nevrologiske avdelinger som har et spesialtilbud, men det nevrologiske fagfeltet er en viktig samarbeidspartner i all demensdiagnostikk. Dette gjelder spesielt i utredning av unge pasienter og pasienter hvor det foreligger mistanke om sjeldne degenerative hjernesykdommer som medfører demens.

Forutsetninger for at utredning kan skje i kommunehelsetjenesten

Som en hovedregel bør demensutredningen skje i et samarbeid mellom fastlege eller sykehjemslege og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det bør være en målsetting at enhver norsk kommune organiserer et *demensteam* som skal tre i aksjon når en utredning av en person med mistanke om demens skal utføres. Kommunens demensteam bør bestå av minst to personer som har ervervet seg særskilt kompetanse om demens. Naturlige teamdeltagere er sykepleier og ergoterapeut, i noen tilfeller kan det også være aktuelt med vernepleier, psykolog, hjelpepleier, fysioterapeut eller sosionom. I mindre kommuner vil demensteamet ha utredning og oppfølging av pasienter med demens og deres pårørende som del av sitt arbeidsområde.

Hvem har ansvar for hva?

Det er naturlig at legen fokuserer sitt utredningsarbeid på medisinsk diagnostikk og behandling av demenssykdommen og eventuelle somatiske og/eller psykiatriske tilleggspolmer. Demensteamet bør fokusere sitt arbeid på kartlegging av funksjonsevner og hjemmesituasjonen til pasienten og pårørende. Kartleggings skjemaene tar utgangspunkt i et slikt tverrfaglig samarbeid.

Ettersom de aller fleste demenssykdommene er av progredierende natur med et forløp over mange år, er det nødvendig at pasienten og pårørende følges kontinuerlig opp for å vurdere nye hjelpe- og omsorgstiltak. Av den grunn anbefales det at demensteamet har et koordineringsansvar for utredningen og oppfølgingen. Det skal presiseres at selv om koordineringsansvaret kan påhvile hjemmebaserte tjenester, er det kommunen ved helsesjef eller helse- og sosialsjef som har ansvar for at pasienten får hjelp i samsvar med kommunehelsetjenesteloven.

Faglig innhold i utredningen

Målsetting for demensutredning

Målsettingen er å diagnostisere demens i et så tidlig stadium som mulig. Demens må skiller fra kognitiv endring grunnet normal aldring, legemiddelbivirkning, somatisk sykdom (delirium) og psykiatrisk sykdom (angst, depresjon og psykose). Når diagnosen er stilt må legen vurdere om det er hensiktsmessig å starte legemiddelbehandling av demenssykdommen. Demensteamet må sammen med legen vurdere behov for og igangsetting av omsorgstiltak for pasienten og pårørende.

Legens diagnostiske arbeid

Legen bør som hovedregel avsette to konsultasjoner; en à 20 minutter og en à 2x20 minutter. En nær pårørende eller annen som kjenner pasientens situasjon godt (under forutsetning av pasientens samtykke) bør være med. Konsultasjonen består av en grundig anamnese

fra pasienten og pårørende, en somatisk undersøkelse, en vurdering av kognitiv funksjonsevne og psykiatriske problemer (spesielt depresjon) supplert med laboratorieundersøkelser og MR eller CT av hjernen, slik det fremgår av legeskjemaet.

Det er en fordel om legen selv utfører MMSE-NR og Klokketest, men dette kan etter avtale utføres av en i demensteamet. Hensikten med legens utredning er å få kartlagt om symptomer og funksjonstap samsvarer med ICD-10 kriteriene for demens (legeskjema), og utelukke andre sykdommer som kan forårsake kognitiv svikt og atferdsendringer. Slike tilstander er eksempelvis depresjon, delirium, legemiddelbivirkninger (legemidler med sentralnervøse antikolinerge effekter), sykdom i skjoldbruskkjertelen (spesielt hypothyreose), hypoglykemi, sykdommer knyttet til vitamin B12- og folinsyretap, subduralt hematoma, hjernetumorer og normaltrykkshydrocefalus. Depresjon og overdosering

av legemidler med antikolinerge effekter er de hyppigste årsakene til kognitiv svikt som ikke er forårsaket av en demenssykdom.

Legen må iverksette nødvendig medisinsk behandling og følge denne opp, for eksempel antidemens legemidler eller psykofarmaka dersom dette er aktuelt. I tillegg er det legens oppgave å vurdere pasientens mentale evner med hensyn til å ta vare på egen økonomi (hjelp vergeordning), til å inneha førerkort og evne til å skrive testamente. Oppfølging hos lege bør skje regelmessig hver 6-12 måned.

Hjemmetjenestens kartlegging

Kartleggingen bør fortrinnsvis foregå i pasientens hjem eller sykehjem og bestå av ett eller helst flere besøk etter avtale med pasienten og pårørende. Demensteamet skal samtale både med pasienten og den nærmeste pårørende, observere boligen og vurdere sikkerhetstiltak. Skjemaene legger opp til at den ene i demensteamet snakker med pasienten mens den andre snakker med pårørende. Pasientens ressurser, svikt, ønsker og forventninger må beskrives. Det må innhentes nødvendige opplysninger om nære pårørende, venner og naboer som har betydning for pasientens evne til å fungere i eget hjem. Skriv ned navn og adresse på viktige personer i pasientens liv og beskriv hvor mye kontakt de har med hverandre.

Samtale med pasienten

Den som samtaler med pasienten kan, dersom dette er avtalt med legen, utføre MMSE-NR og Klokketest. Det er en forutsetning at vedkommende har fått opplæring og har erfaring med slik testing. For å få maksimalt ut av samtalen med pasienten må denne skje i rolige omgivelser og uten hastverk. Hukommelse, språk, atferd og praktiske ferdigheter observeres under samtalen. Kunnskaper om hva som er typiske symptomer ved demens er en forutsetning for å kunne tolke pasientens atferd og ferdigheter under hjemmebesøket. Tolkning av MMSE-NR og Klokketest er beskrevet i neste avsnitt av denne veilederen.

Samtale med pårørende

I dette kartleggingsverktøyet er det vedlagt fire evalueringsskjemaer som pårørende skal svare på. *Spørreskjema til pårørende* brukes for å evaluere pasientens intellektuelle evner slik de oppleves av pårørende. *Cornell skala* brukes for å vurdere depressive symptomer og *ADL-skjemaene* gir opplysninger om hvilke ferdighetstap pårørende opplever hos pasienten. Gjennom det siste skjemaet, *Belastningsskala – pårørende* får man opplysninger om pårørendes situasjon. Hvilken belastning er det å være pårørende og omsorgsgiver for en person med demens? Tolkning av skjemaene er beskrevet i neste avsnitt i denne veilederen.

Til slutt er det under samtalen viktig å få fram hvilke ønsker, forventninger og forslag den pårørende har på vegne av pasienten. Hvilke ønsker har den pårørende for seg selv og hvilken fysisk og psykisk belastning er forbundet med å være pårørende?

Samarbeid mellom lege og demensteam

Etter at både legen og demensteamet har gjort sin utredning bør de sammen avgjøre hvilke tiltak som skal igangsettes. Om demensteamet har koordineringsansvaret tar de initiativ til at dette skjer. Det må bestemmes hvilken oppfølging pasienten og pårørende skal få, hvem som skal ha hovedansvaret for oppfølgingen og hvorledes samarbeidet skal fungere. Pasienten må informeres om demenssykdommen, om aktuelle tiltak og aktuelle medikamentelle og ikke medikamentelle behandlingsmuligheter som finnes. Dersom han/hun samtykker til det, eller forholdene tilsier det, skal nærmeste pårørende ha samme informasjon. Om pasienten aktivt motsetter seg at nærmeste pårørende informeres skal dette respekteres. Om pasienten mangler samtykkekompetanse skal dette være begrunnet og nedtegnes skriftlig og om mulig fremlegges for pasienten og dennes nærmeste pårørende. I slike tilfeller skal pårørende uansett informeres om sykdommen. Det er naturlig at legen informerer om sykdommen og behandlingsmuligheter og at omsorgstjenesten tar seg av den øvrige informasjonen. Utredningen og for-

slag til tiltak må protokollføres i dertil egnet journal i kommunehelsetjenesten.

Demensteamet må utarbeide en plan for hvilke hjelpetiltak som skal gis. I planen må behov, ressurser, tiltak, mål og evaluering framkomme. Planen bør være lett tilgjengelig og fungere som et arbeidsredskap for personalet i den daglige omsorgen for pasienten. Planen bør følge pasienten dersom pasienten endrer bosted, for eksempel flytter til institusjon. Det bør vurderes om pasienten har behov for en individuell plan (IP) og eventuell igangsettelse av dette.

Situasjoner hvor man ikke kommer fram til en diagnose

I noen tilfeller kan man etter endt utredning fremdeles være usikker på om demens foreligger. Pasienten kan ha en kognitiv svikt, men ikke av en slik grad at det foreligger store ferdighetstap. Det kan også være manglende samsvar mellom testresultater, opplysninger fra pårørende, og/eller laboratorieresultatene. Om man fortsatt

har mistanke om at pasienten har en begynnende demens eller kognitiv svikt av annen årsak, bør man henvise til spesialisthelsetjenesten, eventuelt kan man avvente og gjøre en oppfølgende utredning etter 3 til 6 måneder.

Når pasienten bor i institusjon for heldøgns omsorg og pleie

Fra ulike norske undersøkelser kjenner vi til at svært mange personer med demens blir innlagt i sykehjem uten at de har fått noen diagnose. Sykehjemslegen, en sykepleier og eventuelt en ergoterapeut som arbeider i en skjermet enhet, kan foreta utredningen sammen, og de samme skjema kan benyttes. I noen tilfeller vil pasienten ha en så stor kognitiv svikt at MMSE-NR og Klokketest ikke kan brukes. I slike tilfeller bør man benytte et observasjonsverktøy, for eksempel Klinisk Demens Vurdering (KDV) eller OBS-Demens. Begge skjema kan bestilles fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Nasjonalt kompetansesenter for demens, e-post: post@aldringoghelse.no

Tolkning av resultatene fra undersøkelsene

Det anbefales at pasientens kognitive evner vurderes ved hjelp av ulike verktøy, og at dette gjøres både ved å teste pasienten og be om pårørendes oppfatning av pasientens kognitive evner og funksjonsevner. Om det foreligger samsvar mellom resultatene fra testing av pasienten og pårørendes oppfatning er det en styrke for den diagnosen man kommer fram til. Kriteriene for demens, i følge ICD-10 (se lege-skjemaet) er at det foreligger sviktende hukommelse og tap av minst en annen intellektuell ferdighet som sammen med hukommelsessvikten er av en slik grad at det influerer negativt på pasientens evner til å utføre ferdigheter i dagliglivet (ADL).

Mini Mental Status Evaluering, Norsk revidert versjon (MMSE-NR)

MMSE-NR er en test som måler kognitiv kapasitet på en rekke områder: hukommelse, orienteringsevne, språk, forståelse og visuokonstruksjon. Testen kan utføres både av sykepleier og ergoterapeut eller lege, og det er tilstrekkelig at en av dem utfører testen. Man trenger en viss erfaring og trening for å kunne tolke resultatene tilfredstillende.

Vurderingen av testresultatet bør ikke utelukkende foretas i forhold til totalskåre, men også baseres på en kvalitativ individuell vurdering med hensyn til utfall og utførelse på enkeltledd. Om for eksempel en person "mister" 5 poeng fordi han eller hun ikke kan regne baklengs betyr det noe annet enn om personen "mister" 5 poeng fordi han eller hun ikke klarer noen av spørsmålene vedrørende tidsorientering.

Alder og utdanning influerer på testresultatet, spesielt utdanning. Hos yngre personer og personer med høy utdanning kan en høy skåre på MMSE-NR likevel være forenlig med kognitiv svikt, mens en lav skåre hos svært gamle personer og personer med lav utdanning være forenlig med normal kognitiv funksjon. Redusert eller manglende språkeevne vil også influere negativt på testresultatet. Testen er ikke særlig egnet hos pasienter med afasi, eller hos fremmedspråklige personer med haltende norskkunnskaper.

MMSE-NR er en grov screeningtest og av den grunn er det ønskelig å angi noen veiledende grenseverdier. Under forutsetning at testen er utført hos en person med minst 7 års skolegang, som kan lese og skrive, kan man tolke resultatet på følgende måte

- En samlet skåre på 28 eller høyere er en indikasjon på normal kognitiv funksjon, men kan hos personer med høy intelligens allerede være tegn på svikt
- En samlet skåre mellom 25 og 27 poeng kan være en indikasjon på at kognitiv svikt foreligger, og flere psykologiske undersøkelser bør foretas, helst i spesialisthelsetjenesten
- En skåre på 24 eller lavere indikerer
 - a) at det foreligger kognitiv svikt og at videre undersøkelser er nødvendig for å kartlegge mulige årsaker til denne svikten, eller
 - b) at andre forhold som sansesvikt, lese- og skrivevansker, manglende motivasjon eller lignende kan ha påvirket testresultatene negativt i betydelig grad

Klokketest

Klokketest fins i ulike oversettelser og versjoner på norsk. Den fanger først og fremst opp pasientens evne til å orientere seg og handle i rom, og setter samtidig krav til oppmerksomhet og tallforståelse, ikke hukommelse. Den kan administreres av sykepleier, ergoterapeut eller lege. Man kan poengsette resultatet på ulike måter. Dersom motorikk (vær oppmerksom på problemer for pasienter med hjerneslag) og syn er intakt, klarer vanligvis de fleste gamle uten kognitiv svikt å utføre denne testen korrekt.

Noen "slurver" når de utfører denne testen, men dette skal ikke trekke ned skåringen. To typer feil ses hyppig hos pasienter med demens og kognitiv svikt: 1) pasienten klarer å sette tallene på riktig sted, men klarer ikke å plassere viserne riktig. Denne feilen ses hyppigst ved begynnende demens eller mild kognitiv svikt (MCI), 2) pasienten har store vansker med å plassere tallene på riktig sted på klokkeskiven, som tyder på mer omfattende kognitiv svikt med manglende forståelse av rom og retning og/eller planleggingsevne.

Spørreskjema til pårørende.

IQCODE (Informant Questionnaire for Cognitive Decline) er oversatt fra engelsk og er et av de anamneseskjemaene som er mest brukt i hele verden for å vurdere om pasientens kognitive kapasitet har endret seg siste ti år. Det har vært brukt i mange større forskningsundersøkelser og vist seg å være en god indikator på om demens kan foreligge. Skjemaet kan fylles ut av pårørende som et selvutfyllingsskjema, men den i demensteamet som snakker med den pårørende bør gå igjennom skjemaet for å sikre at alle punktene er besvart. Om pårørende er usikker på hvordan de skal besvare enkelte av spørsmålene må man også være behjelpelig.

Fordelen med skjemaet er at man samler inn opplysninger om endret kognitiv funksjon. Man bruker gjennomsnittsskåren som mål for grad av endret kognitiv funksjonsevne. En gjennomsnittsskåre høyere enn 3,5 (3,44 for å være helt nøyaktig) anses å indikere at det foreligger kognitiv svikt av en slik grad at demens kan være årsaken.

Cornell skala for depresjon

Dette spørreskjemaet er oversatt fra engelsk og er det mest brukte skjema for å vurdere depressive symptomer hos pasienter med demens. Det kan også brukes hos pasienter uten demens. I den opprinnelige instruksjonen er det poengtert at man skal intervju en nærpersion til den syke, nærpersionen skal ikke fylle ut skjemaet selv. Deretter skal man ha en kort samtale med pasienten for å sjekke at ens egne inntrykk er i overensstemmelse med nærpersionens opplysninger. Men, ettersom man som helsearbeider

kun får et flyktig inntrykk av pasienten under et hjemmebesøk skal man først og fremst vektlegge de opplysninger som nærpersonen (pårørende) gir i et intervju. Cornell skala er ikke et selvutfyllingsskjema!

En skåre på 7-11 indikerer mulig mild grad av depresjon mens en skåre på 12 eller mer indikerer moderat til alvorlig grad av depresjon.

ADL vurdering, aktiviteter i dagliglivet

Instrumental Activities of Daily Living Scale og Physical Self-Maintenance Scale er to skjemaer oversatt fra engelsk, et som kartlegger instrumentelle (IADL) og et som kartlegger personnære (PADL) aktiviteter i dagliglivet. PADL er de personnære aktivitetene i dagliglivet, som hygiene, spising og mobilitet. IADL er mer utadrettede og komplekse aktiviteter som matlaging, husarbeid og innkjøp. Diagnosen demens innebærer at det foreligger kognitiv svikt av en slik grad at den fører til sviktende ferdigheter til å klare dagliglivets aktiviteter. Manglende evne til å håndtere egen økonomi og ha ansvar for egne medisiner er et vanlig ferdighetstap ved en begynnende demenssykdom. De instrumentelle aktiviteter er det som først tapes ved en demenssykdom. Skjemaene har ingen definerte grenseverdier, og en må vurdere svarene som gis på hvert enkelt område. Skjemaene 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.

Belastningsskala – pårørende

Dette skjemaet som er oversatt fra engelsk (Relatives' Stress Scale, RSS) er et nyttig verktøy for å vurdere hvorvidt pasientens pårørende føler seg belastet av å være omsorgsgiver til en person som lider av demens. Undersøkelser viser at pårørende til personer med demens ofte lider av depresjon som kan være behandlingstrengende. Det er viktig å få et overblikk over hvilken belastning de har ved å være omsorgsgivere fordi stor belastning disponerer for depresjon. Dette skjemaet skal ikke brukes for å vurdere om pasienten har en demenssyk-

dom, men for å kartlegge pårørendes omsorgsbyrde. Det finnes ingen sikker grense for hva som anses å være stor byrde, og svar må vurderes kvalitativt, men en skåre på 23 eller mer anses å være betydelig.

Observasjon av sikkerhet i hjemmet

Dette skjemaet skal heller ikke brukes for å avgjøre om en person har en demenstilstand eller ikke, men er et kartleggings-skjema for å vurdere sikkerheten i pasientens hjem.

Andre undersøkelser

MR eller CT av hjernen

Det anbefales at alle pasienter som utredes for mistanke om demens får utført MR eller CT undersøkelse av hjernen. MR er en bedre undersøkelse enn CT. Hensikten er å avdekke om det kan foreligge potensielt reversible årsaker til kognitiv svikt som subduralt hematoma, tumor eller normaltrykkshydrocefalus. Undersøkelsen kan gi opplysninger om det foreligger hjerneinfarkter. Om kognitiv svikt opptrer i tidsmessig sammenheng med et hjerneslag eller TIA, taler dette for at det foreligger vaskulær demens. Ved MR og CT undersøkelse vurderes ofte hjernens størrelse. I et tidlig stadium av en degenerativ demenssykdom som Alzheimers sykdom, demens med Lewy legemer eller frontallappdemens ses sjelden substanssvinn. Hos gamle mennesker kan substanssvinn forekomme som et aldersfenomen. Substanssvinn er et funn som kommer noe ut i forløpet av en demenssykdom. Noen radiologiske avdelinger kan utføre MR med vurdering av den mediale temporallapp, hvor hippokampus ligger. I slike situasjoner bør man be om en vurdering av størrelsen på den mediale temporallapp. En markert reduksjon er et tegn på at det foreligger Alzheimers sykdom. Kronisk iskemi er et annet funn som radiologene iblant finner ved CT eller MR. Dette er uspesifikt og kan forekomme både hos pasienter med og uten en demenssykdom.

Blodprøver

Undersøkelse av thyreoideas funksjon med måling av Fri T4 og TSH, samt vitamin B12-,

folat- og homocysteinverdier i blodet anbefales i alle internasjonale konsensusdokumenter, men det er uvisst hvor stor rolle abnorme verdier har for utvikling av såkalt sekundær demens (demens som er reversibel).

Andre prøver

Ved usikkerhet rundt diagnose kan utvidet nevropsykologisk testing, undersøkelse med enfonstomografi (SPECT) og av spinalvæske med bestemmelse av beta-amyloid og tau

protein i spinalvæsken være verdifulle undersøkelser. En spesiell SPECT undersøkelse er DAT-scan. Denne kan brukes for å vurdere opptak av dopamintransportere, og er en god undersøkelse for å påvise demens med Lewy legemer. Redusert mengde beta-amyloid og økt mengde tau protein i spinalvæsken indikerer at det foreligger Alzheimers sykdom. Dersom det er behov for slike spesialundersøkelser anbefales det at pasienten henvises til videre utredning i spesialisthelsetjenesten.

Litteratur

Brækhus A, Lillesveen B. Utredning av demens. Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra tre fylker og 17 kommuner. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Tønsberg/Oslo 2005.

Demenssykdommer. En systematisk litteraturoversikt. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Tønsberg/Oslo 2006.

Dubois B, Feldman H, Jacova C et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol* 2007; 6: 734-46.

Engedal K, Haugen PK [m.fl.] Demens – Fakta og utfordringer. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Tønsberg/Oslo 2005.

Engedal K. Diagnostikk og behandling av demens. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122(5): 530-1

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.

Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: A factor analytic study. *Age Ageing* 1982; 11: 121-6.

Jorm AF. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): a review. *Int Psychogeriatrics* 2004; 16: 1-19.

Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, [et al.] Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001; 56: 1143-53.

Nygaard HA, Ruths S. Missing the diagnosis: senile dementia in patients admitted to nursing homes. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 148-152.

Shulman KI. Clock-drawing test: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 548-61.

Sosial- og helsedirektoratet (IS-1437) Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.-2007. www.helsedir.no

Strobel C, Engedal K. MMSE-NR. Norsk revidert Mini Mental Status evaluering. Revidert og utvidet manual. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Tønsberg/Oslo 2008. (Bestilles fra: bibliotek@aldringoghelse.no)

Strobel C, Brækhus A. "Kjøreferdigheter – Spørsmål til Komparent"; revidert skjema (2008). www.legeforeningen.no/geriatri

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO, 1993.

Waldemar G, Dubois B, Emre M [et al.] Diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia. The role of neurologists in Europe. European federation of Neurological Societies. *Eur J Neurol* 2000; 7(2): 133-44.

Skjemaene er utviklet av

 **Demens**
Nasjonalt kompetansesenter

Utviklingen er støttet av

 **Helsedirektoratet**

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**