

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 neurologisk undersøkelse. Vurder om det foreligger hjertesvikt, lunge- sykdom, 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 romopppyllende prosesser eller hjerne- infarkter. 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/skrive- vansker, flerkulturell bakgrunn/lav norskspråklig kompe- tanse, 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 psykiatriske symptomer

Depresjon er en viktig differensialdiagnose til demens. Cornell depresjonsskala utfylles av pårørende eller om- sorgsperson. Skåre på 7-11 indikerer mild grad og 12 eller mer moderat/svær 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Klar bevissthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<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	<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"/>
Frontallappsdemens (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

 **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