

Veiledningshefte for **CAMDEX-DS II**

The Cambridge Examination for Mental Disorders of Older People with Down's Syndrome and Others with Intellectual Disabilities – Second Edition

Et veiledningshefte for utfylling, skåre og angivelse av
diagnose

Tilpasset «Den norske Downs syndrom- og demensstudien»

Innhold

Kort om diagnoseverktøyet	3
Observasjonsområdene i CAMDEX-DS II	4
Hvordan CAMDEX-DS II veileder frem til diagnose	5
Eksempler på vurdering av funksjonsnivå	6
Veiledning for differensialdiagnose.....	7
Depresjon som differensialdiagnose	8
Angst som differensialdiagnose	8
Psykose som differensialdiagnose.....	9
Akutt forvirringstilstand/delirium som differensialdiagnose	10
Tvangslidelse (OCD) som differensialdiagnose.....	10
Misbruk av alkohol eller andre rusmidler som differensialdiagnose	11
Hørsel/syn/fysisk funksjonshemming som differensialdiagnose	11
Dysfunksjon i skjoldbruskkjertelen.....	11
Cerebrovaskulære problemer eller parkinsonisme som differensialdiagnose	12
Bivirkning av medisinbruk som differensialdiagnose	12
Søvnlidelser som differensialdiagnose	13
Tilpasningsforstyrrelse som differensialdiagnose	13
Disintegrativt/regressivt syndrom som differensialdiagnose	13
Instruksjon for skåring	14
Vurdering av grenseverdi for diagnose	15
Eksempelsamling på mulige svar rapportert fra informant	16
Eksempler på kognitiv og funksjonell svikt (spørsmål 38 – 103)	16
Eksempler psykisk helse (spørsmål 106 – 164)	26

Kort om diagnoseverktøyet

Diagnoseverktøyet CAMDEX-DS II er et omfattende utredningsverktøy for diagnostisering av demens hos personer med Downs syndrom. CAMDEX-DS II (2020) er en revidert utgave av CAMDEX-DS (2006). CAMDEX-DS er basert på CAMDEX-R (1999) og er modifisert for kunne utrede og diagnostisere demens hos personer med Downs syndrom og andre personer med en utviklingshemning.

For å skille en nedgang som skyldes demens eller andre psykiske lidelser, fra en eksisterende tilbakegang, er det spesielt lagt vekt på å kartlegge endring som avviker fra den enkeltes beste funksjonsnivå. CAMDEX-DS II har over mange år vært igjennom omfattende testing og forskning. En europeisk ekspertgruppe har med bakgrunn i erfaringer fra forskning og klinisk praksis revidert alle deler av diagnoseverktøyet.

Utredningspakken består av et strukturert informantintervju, en direkte vurdering av pasienten/deltakere (CAMCOG-DS II) og en veiledning for å stille en demens diagnose eller annen differensialdiagnose. Det er ingen formell begrensning på bruk av diagnoseverktøyet, men den er såpass omfattende og krever gode tverrfaglige kunnskaper om psykisk- og fysisk helse, nevrologiske sykdommer, kognitive funksjoner, utredning av personer med utviklingshemning og testkompetanse, at det anbefales brukt av spesialister innen nevnte testområder.

CAMDEX-DS II er et strukturert intervju som skal gjennomføres med en eller flere informanter uten at deltakeren er til stede. Intervjuet tar omtrent 40 minutter og består av følgende deler:

Seksjon 1

- Del 1. Deltakerens beste funksjonsnivå
- Del 2. Kognitiv og funksjonell tilbakegang.
- Del 3. Nåværende psykisk helse.
- Del 4. Nåværende fysisk helse
- Del 5. Nåværende nevrologisk helse
- Del 6. Viktige livshendelser

Seksjon 2

Veiledning til diagnose jamfør DSM-5

- Alvorlig og mild kognitiv svikt
- Alvorlig kognitiv svikt Alzheimers sykdom
- Mild kognitiv svikt Alzheimers sykdom

Veiledning til diagnose jamfør ICD-10

- Demens
- Demens ved Alzheimers sykdom

CAMCOG-DS II er i et eget hefte og har fortløpende veiledning gjennom testen. Denne tar om lag 40 minutter og har en blanding av spørsmål og praktiske oppgaver. Testen har en oppsummering av resultatene hvor det både er delsummer for hver kognitiv funksjon og en totalsum. I veilederen er det satt opp foreløpige terskelverdier som en veileder for vurdering om det er demens.

Veiledningshefte for CAMDEX-DS II og CAMCOG-DS II er omfattende og har mange eksempler for å vise hvordan en skal tolke rett alternativ for skåre og veiledning frem til diagnose, hvordan vurdere funksjonsnivå og veiledning for differensialdiagnose, samt eksempler på mulige svar og hvordan tolke utførte oppgaver.

Observasjonsområdene i CAMDEX-DS II

Seksjon 1. Informantintervju

Seksjonen omfatter et strukturert intervju som gjennomføres direkte med tjenesteyter(e) eller nærpersion(er) som kjenner deltaker godt, og uten at deltaker er til stede. Hvis intervjuet ikke kan gjøres direkte, kan man også få tilfredsstillende informasjon ved et telefonintervju. Formålet med intervjuet er å komme fram til en differensialdiagnose ved å innhente informasjon om manifeste symptomer og sykehistorie. Intervjuet bør gjennomføres med en person som har kjent deltaker godt og i minst seks måneder. Årsak til dette er at det legges særlig vekt på observerte endringer fra det som har vært deltaker sitt beste funksjonsnivå. Intervjuet tar omtrent 40 minutter å gjennomføre og består av følgende seks deler:

Del 1. *Deltakerens beste funksjonsnivå*

Del 1 legger til rette for å innhente informasjon om deltaker sitt tidligere beste mulige funksjonsnivå, og omfatter spørsmål om utdanning og arbeid, grunnleggende ferdigheter og selvstendighet i dagliglivet.

Del 2. *Kognitiv og funksjonell tilbakegang*

Del 2 fokuserer på tilbakegang innen funksjonsområder som er kjent for å bli påvirket av demens. Dette gjelder bl.a. dagligdagse ferdigheter, hukommelse og orientering, andre kognitive ferdigheter, personlighet, atferd og egenomsorg. Sidene 72–79 gir en liste over eksempler til hvert spørsmål som kan være til nytte når en gjennomfører intervjuet.

Del 3. *Nåværende psykisk helse*

Del 3 fokuserer på psykiske helseproblemer som bør vurderes om er til stede når det stilles en differensialdiagnose. Dette omfatter depresjon, angst, psykose og delirium, i tillegg til tegn på alkohol- eller stoffmisbruk og bivirkninger av medisiner. Viktige livshendelser blir behandlet i del 6. Sidene 80–83 gir en liste over eksempler til hvert spørsmål som kan være til nytte når en gjennomfører intervjuet.

Del 4. *Nåværende fysisk helse*

Del 4 fokuserer på fysiske problemer som bør vurderes når det stilles en differensialdiagnose. Dette omfatter bl.a. fysisk funksjonshemming, hypotyreose og cerebrovaskulære problemer. Nevrologisk helse blir behandlet i del 5.

Del 5. *Nåværende nevrologisk helse*

Del 5 fokuserer på nevrologiske problemer som bør vurderes når det stilles en demens diagnose. Dette omfatter mønster på søvn og våkenhet og anfall.

Del 6. *Viktige livshendelser*

Del 6 fokuserer på betydelige livshendelser i nær fortid (i løpet av det siste året) som bør vurderes når det stilles en diagnose.

Hvordan CAMDEX-DS II veileder frem til diagnose

CAMDEX-DS II er spesifikt utformet som hjelp til å stille en demens diagnose hos personer med Downs syndrom (DS). For å komme frem til en slik diagnose kreves det en omfattende undersøkelse der man eliminerer andre mulige sykdommer eller lidelser som kan forveksles med demens. Disse sykdommene vil kanskje kunne behandles og ha en prognose som er svært forskjellig fra demens. Forskning som gjøres om forholdet mellom DS og demens krever et tilsvarende nivå av diagnostisk nøyaktighet. Diagnoseprosessen består grunnleggende av tre trinn, som alle er dekket av en eller flere seksjoner i CAMDEX-DS II:

1. En systematisk innhenting av historie fra en informant som har kjent personen over tid, for å få frem hvordan sykdommen manifesterer seg og hvordan den har utviklet seg over tid (CAMDEX-DS II, intervju av informant)
2. En undersøkelse av fysisk og psykisk tilstand, kognitiv vurdering (CAMCOG-DS-II) og andre undersøkelser for å kunne foreta en vurdering av nåværende funksjonsnivå og identifisere andre mulige årsaker til forverringen. De medisinske undersøkelsene bør styres av det kliniske bildet, men må alltid inkludere undersøkelser av personens grunnleggende fysiske tilstand (f.eks. lever- og nyrefunksjon og eventuell anemi) og spesifikke tester, slik som måling av skjoldbruskkjertelfunksjon, eller spesialistutredning av hørsel og/eller syn. Der hvor det kliniske bildet er uklart eller det er tvil om diagnosen, kan en undersøkelse med CT (computertomografi) eller MR (magnetisk resonanstomografi) være indisert.
3. En detaljert beskrivelse og vurdering av funnene opp mot kjente kriterier for demens og for andre fysiske og psykiske lidelser, for å komme frem til en endelig diagnose. For personer med DS er tre bestemte lidelser vanlige, og måten de fremstår på kan både ligne på demens og forekomme samtidig med demens. Dermed gjøre de funksjonsnedsettelsen som er forbundet med utvikling av demens, betydelig mer uttalte. Disse er:
 - a. Depresjon
 - b. Underaktiv skjoldbruskkjertel (hypotyreose)
 - c. Syns- og/eller hørselshemminger
4. Diagnoseprosessen leder frem til en beskrivelse som samler sammen informasjon fra de ulike vurderingene og utredningene. Prosessen setter dem inn i personens kontekst og fastslår til slutt en sannsynlig årsak til de kliniske endringene som er observert. Dette blir dermed grunnlaget for utvikling av en individuell omsorgsplan, gitt diagnosen og kunnskap om personen og deres omgivelser.

Kriteriene for demens etter diagnosesystemene DSM-5 og ICD-10 er satt opp systematisk som en sjekkliste. Dette er en hjelp til å oppsummere informasjonen som er samlet inn gjennom CAMDEX-DS II. Numrene på de relevante spørsmålene i informantintervjuet er oppgitt, og graden av forverring på hvert område registreres. Det gis veiledning om hvorvidt hvert kriterium i det gjeldende diagnosesystem er oppfylt, hvilket også inkluderer at en kliniker skal gi en vurdering om kriteriene er oppfylt. En diagnose kan stilles på grunnlag av denne informasjonen,

sammen med informasjon fra undersøkelsene av fysisk og psykisk tilstand, kognitiv utredning (CAMCOG-DS II) og andre utredninger som er beskrevet ovenfor. Som hjelp i vurderingen av om hvert kriterium er oppfylt, anbefales det å se på de eksemplene som er gitt i CAMDEX-DS II intervjuet. Det gitte eksemplet bør brukes til å vurdere om endringene har hatt en betydelig innvirkning på personens funksjonsevne. Det er viktig å merke seg at innvirkningens styrke vil avhenge av graden av personens funksjonshemning, type av bomiljø og i hvilken grad de får ytterligere bistand som veier opp for tapet av funksjonsevne. Hvis de beskrevne endringene ikke har noen betydning for funksjonsevne, bør en mild kognitiv funksjonssvikt eller en alternativ diagnose eller forklaring vurderes.

Eksempler på vurdering av funksjonsnivå

Eksempler på lett forverring:

- En endring som ble påvist i spørsmål 38 og 56, viste at deltaker må bruke notater eller få påminnelser fra andre for å minne dem på hvilke dager de skal på jobb/dagaktivitet og når de må gjøre seg klar. Selv om deltaker bare jobber tre dager i uken, pleier de å ta på seg arbeidsklær hver morgen, og må bli minnet om at dette ikke er arbeidsdagen deres. Denne endringen vil imidlertid ikke utgjøre en forverring i funksjonsnivå. Deltaker er fortsatt i stand til å gjennomføre sin ukentlige aktivitet med å gå på jobb/dagaktivitet, selv om det må gjøres noen mindre tiltak eller påminnelser.
- Som en respons på spørsmål 47 ble det rapportert en endring for deltaker. Denne begynner å få problemer med hukommelsen, noe som gjør det vanskelig å følge med på handlingen eller navnene på personene i TV-programmer. Deltaker husker vagt å ha sett episoder, men blander sammen detaljene når denne tenker tilbake på hvilke personer som gjorde hva osv. Dette vil imidlertid ikke bli registrert som en forverring i funksjonsnivå, siden det ikke påvirker deres aktiviteter i dagliglivet.
- En endring som ble rapportert til spørsmål 70 viste at deltaker finner det vanskelig å holde en samtale, ofte har vansker med å finne/bruke riktige ord og snakker mer nølende. Deltaker snakker nå gjerne om ting på en litt mer omstendelig måte, og det tar litt lenger tid enn vanlig å kommunisere ønsker. Dette vil likevel ikke bli betraktet som en innvirkning på funksjonsnivået, siden deltaker fortsatt er i stand til å kommunisere like effektivt som før, selv om det tar litt lengre tid.

Eksempler på alvorlig forverring:

- En endring ble meldt på spørsmål 41. Deltaker finner det svært vanskelig å gjennomføre alle de nødvendige trinnene for å lage te/kaffe, og blander ofte sammen rekkefølgen på disse trinnene. Tidligere laget deltaker 3–4 kopper te/kaffe hver dag, men nå kreves det at tjenesteyter gjør dette, siden deltaker blir veldig ute av seg. Dette utgjør en innvirkning på funksjonsnivået, siden det er blitt satt inn kompensierende tiltak for at deltaker skal kunne gjøre noe som tidligere var en viktig del av daglige gjøremål.
- For deltaker ble det meldt endring i spørsmål 39, 52 og 62. Ved spesielle anledninger pleide deltaker å like å lage gratulasjonskort til andre og har gjort dette i mer enn ti år. Deltaker sliter nå med det og blir lett avledet og klarer ikke å konsentrere seg. Ved flere anledninger har personalet hjulpet til med å lage kort, men deltaker har adressert kortet til feil mottaker, noe som aldri har skjedd før. Disse endringene blir registrert som en innvirkning på funksjonsnivået, siden dette er en forverring av dagliglivets aktiviteter.
- En endring notert til spørsmål 47 anga at deltaker nå er ute av stand til å huske hvilke TV-

programmer denne har sett nylig. Deltaker pleide å se på såpeoperaer, men er nå ikke i stand til å huske noen detaljer i handlingen. Deltaker ser nå på samme episode flere ganger uten å huske at denne er sett tidligere. Eksemplet ville tilsa en forverring i funksjonsnivå, siden endringen har en betydelig påvirkning på deltaker sine hverdagsaktiviteter.

Veiledning for differensialdiagnose

Nedenfor er det listet opp noen mulige diagnoser som bør vurderes som en mulig forklaring på kognitiv og funksjonell tilbakegang sent i livet hos personer med DS (listen er ikke uttømmende):

- depresjonslidelse
- angstlidelse
- psykotisk lidelse
- tilpasningsforstyrrelse (inkl. sorg og innvirkning av en betydelig livshendelse)
- akutt forvirringstilstand/delirium
- alkohol- eller narkotikamisbruk
- hørsels- og/eller synshemming og/eller motorisk funksjonshemming
- dysfunksjon i skjoldbruskkjertelen (spesielt hypotyreose)
- cerebrovaskulære hendelser (hjerneslag og forbigående iskemisk anfall (TIA))
- bivirkninger av medisiner
- søvnlidelser (inkl. obstruktiv søvnapné og atferdsforstyrrelse knyttet til REM-søvn)
- disintegrativ/regresjons syndrom (opptrer vanligvis hos yngre mennesker, men problemene kan være varige)

Vær oppmerksom på at anfall som oppstår under utvikling av demens eller etter at diagnosen er fastsatt, kan bidra til kognitiv forverring, men regnes som en komplikasjon av demensprosessen. En relativt liten andel vil ha en historie av epilepsi som er blitt diagnostisert i yngre alder, og disse vil vanligvis ha blitt forskrevet antiepileptika eller fått behandling tidligere.

Diagnostisering av de psykiske og fysiske sykdommene som er nevnt ovenfor avhenger av om det forekommer et mønster av endringer i deltakerens atferd og/eller psykiske tilstand. Endringene må oppfylle de nødvendige kriteriene for den bestemte lidelsen. Til hjelp med diagnosen foretas det medisinske undersøkelser ved behov, slik som hjerneskanning eller bestemte blodprøver. Selv om det kan foreligge bare én lidelse, kan en deltaker også ha mer enn én lidelse, der den ene er knyttet til utvikling eller nærvær av den andre. For eksempel kan depresjon gå forut for demensutvikling, eller unormale psykiske opplevelser som kjennetegner psykotisk lidelse kan opptre som en del av demens.

Ved å bruke listen over differensialdiagnoser som en guide, må det gjøres en vurdering av om en rapportert kognitiv og funksjonell endring (påvist i del 2 av CAMDEX-DS II) best kan forklares med demens, eller om en av de ovenstående er den mest sannsynlige forklaringen på det aktuelle tidspunktet. I klinisk praksis vil påvisning av den mest sannsynlige diagnosen styre behandlingen. I forskning prioriteres det å sikre reliabiliteten i diagnoseprosessen. En ytterligere utredning noen måneder senere vil kunne føre til en mer endelig diagnose. Ny informasjon kan bli gjort tilgjengelig, og symptomer og tegn vil kunne bli mer fullstendig utviklet over tid, eller de vil kunne ha forsvunnet. Noe som i så tilfelle vil tale imot en demens diagnose.

Depresjon som differensialdiagnose

Symptomer på stemningslidelse:

- (spørsmål 106) tap av interesse for aktiviteter som tidligere ble likt og/eller generell anhedoni (manglende evne til å føle glede og lyst)
- (spørsmål 107) sosial tilbaketrekking
- (spørsmål 108) lav energi
- (spørsmål 112) uforklarlig tristhet
- (spørsmål 113) mangel på selvtillit/selvfølelse
- (spørsmål 116) langsom motorikk
- (spørsmål 118) selvskading
- (spørsmål 119) selvmordstanker eller -handlinger
- (spørsmål 114) irritabilitet/sinne
- (spørsmål 115) rastløshet

Tilknyttede symptomer:

- (spørsmål 109) tap av evne til å konsentrere seg om vanlige hverdagsaktiviteter
- (spørsmål 110 og 111) endringer i søvnmonster (vanligvis tidlig oppvåkning)
- (spørsmål 117) endring i matlyst (vanligvis tap av matlyst)
- (spørsmål 120) stemningsvariasjon på dagtid (vanligvis er stemningssymptomer mest uttalt tidlig på dagen)

Å stille diagnose depresjon

Depressive symptomer kan være knyttet til kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2).

For at depresjon skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil det være svært relevant om en betydelig forverring i stemningsnivået skjedde før den kognitive og funksjonelle tilbakegangen satte inn (informasjon innhentet fra spørsmål 123). En historie av positiv respons på behandling for depresjon (spørsmål 126) og/eller tidligere eller historie med depresjon i familien (spørsmål 124) vil kunne understøtte dette.

Angst som differensialdiagnose

Symptomer på angst:

- (spørsmål 127) opptatthet av og bekymring over daglige aktiviteter som ikke står i forhold til omstendighetene
- (spørsmål 128) vedvarende og påtrengende tilstand av frykt for hva som kan skje, eller engstelse for fremtiden, eller en følelse av å være anspent, som påvirker dagliglivet og fører til ubehag for deltaker
- (spørsmål 129) unngåelse av aktiviteter og/eller bestemte situasjoner på grunn av frykt eller engstelse
- (spørsmål 114) irritabilitet/sinne
- (spørsmål 115) rastløshet
- (spørsmål 130) kan oppleve panikkanfall der beroligelse har liten varig virkning

Tegn på tilknyttede symptomer:

- (spørsmål 131) somatiske symptomer (f.eks. hjertebank, åndenød)
- (spørsmål 132) endring i søvnmonster (vanligvis vansker med å sovne)
- (spørsmål 133) endring i evne til å konsentrere seg om vanlige, daglige aktiviteter, eller som hindrer i

å utføre oppgaver deltaker ellers ville ha utført

- (spørsmål 134) mangel på deltakelse i aktiviteter
- (spørsmål 135) klager over overdreven tretthet
- (spørsmål 136) endringer i matlyst

Å stille diagnose angstlidelse

Symptomer på angst kan være forbundet med kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at angstlidelse skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil betydelige symptomer på angst som opptrer før utviklingen av kognitiv og funksjonell tilbakegang (informasjon fra spørsmål 137) være svært relevante. En historie av positiv respons på behandling for angst (spørsmål 140) og/eller tidligere eller historie med angst i familien (spørsmål 141) vil kunne understøtte dette.

Psykose som differensialdiagnose

Symptomer på psykose:

- (spørsmål 142) unormale eller bisarre ideer (vrangforestillinger) som ikke kan forklares som del av et kulturelt definert trossystem, og som vil kunne omfatte tanker om at andre er ute etter å forgifte eller skade dem, eller at kroppen deres forandrer seg på en eller annen måte på grunn av en utenforstående kraft.
- (spørsmål 143) hallusinasjoner (de hører stemmer andre ikke hører, og som vanligvis kommer fra utsiden av hodet), de ser ting som ikke viser seg for andre, eller de har unormale taktile opplevelser. Persepsjoner i fravær av en ekstern stimulus.
- (spørsmål 144) unormale tanker (tankeforstyrrelser) der personens tanker har blitt omtåkede og usammenhengende, uten at dette skyldes vansker med tale.
- (spørsmål 145) passivitetsfølelser, slik som å være kontrollert av andre eller at andre kan sette inn eller fjerne tanker fra hodet deres eller kontrollere tankene deres.

Å stille diagnose psykose

Utvikling av en psykose kan være forbundet med tegn på kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at en psykoselidelse skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil symptomer på psykose som viser seg før utviklingen av kognitiv og funksjonell svikt (informasjon fra spørsmål 147) være svært relevant. En historie av positiv respons på behandling for psykoselidelse (spørsmål 149) og/eller en tidligere eller historie med psykotisk sykdom i familien (spørsmål 150) vil understøtte dette. Merk at psykotiske symptomer er en komplikasjon av demens.

Akutt forvirringstilstand/delirium som differensialdiagnose

Symptomer:

- (spørsmål 151) brå endring mot mental forvirring (desorientering)
- (spørsmål 153 og 154) symptomene fluktuerer
- (spørsmål 142 og 143) kan være forbundet med symptomer på hallusinasjoner eller vrangforestillinger

Å stille diagnose akutt forvirringstilstand

Symptomer på en akutt forvirringstilstand/delirium kan være forbundet med kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at akutt forvirringstilstand/delirium skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, bør det foreligge tegn på en brå endring forbundet med debut av forvirring (desorientering) (spørsmål 151), og symptomene på forvirring bør fluktuere over tid og være forbundet med nedsatt bevissthetstilstand (omtåket bevissthet) (spørsmål 153 og 154). Denne tilstanden av forvirring kan være knyttet til hallusinasjoner eller vrangforestillinger (spørsmål 142 og 143). Informasjon som tyder på at denne tilstanden kan være forbundet med en identifiserbar fysisk årsak, slik som urinveis- eller lungeinfeksjon, bruk av spesifikke medisiner, ubalanse i elektrolyttnivået eller en cerebral hendelse, vil kunne være til hjelp.

Tvangslidelse (OCD) som differensialdiagnose

Symptomer:

- (spørsmål 155) tvangshandlinger
- (spørsmål 156) tvangspreget ryddighet
- (spørsmål 157) tvangspreget renslighet
- (spørsmål 158) tvangspregede ideer
- (spørsmål 159) tvangspregede rutiner

Å stille diagnose tvangslidelse (OCD)

Symptomer på tvangslidelse kan være forbundet med kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at tvangslidelse skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil symptomer på tvangslidelse som inntreffer før utviklingen av kognitiv og funksjonell tilbakegang (informasjon fra spørsmål 160) være svært relevante. En historie av positiv respons på behandling for tvangslidelse (spørsmål 162) og/eller en tidligere eller historie av tvangslidelse i familien (spørsmål 163) vil understøtte dette.

Misbruk av alkohol eller andre rusmidler som differensialdiagnose

Symptomer:

- (spørsmål 164) en betydelig periode med alkohol- eller stoffmisbruk

Å stille diagnose om bivirkninger av rusmisbruk

Symptomer som oppstår som følge av misbruk av alkohol eller andre rusmidler vil kunne være forbundet med kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at misbruk av alkohol eller andre rusmidler skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil tegn på misbruk av alkohol eller andre rusmidler som skjer før utviklingen av kognitiv og funksjonell tilbakegang (informasjon fra spørsmål 165) være svært relevante. Informasjon som tyder på at den kognitive og funksjonelle tilbakegangen forbedret seg etter at misbruket av alkohol eller andre rusmidler opphørte (disse dataene kan innhentes hvis det foreligger informasjon om medisinbruk fra to tidspunkter), vil kunne være til hjelp.

Hørsel/syn/fysisk funksjonshemming som differensialdiagnose

Symptomer:

- (spørsmål 166) dårlig hørsel
- (spørsmål 169) dårlig syn
- (spørsmål 172) fysisk funksjonshemming som gir nedsatt mobilitet

Å stille diagnose nedsatt hørsel/syn eller fysisk funksjonshemming

Symptomer på dårlig hørsel og/eller syn og/eller fysisk funksjonsevne kan være forbundet med tegn på kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at dårlig hørsel og/eller syn og/eller fysisk funksjonsevne skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil forekomst av nedsatt hørsel og/eller syn og/eller fysisk funksjonsevne før utviklingen av kognitiv og funksjonell tilbakegang (spørsmål 167, 170 og 173) være svært relevant. Tegn på nedsatt hørsel og/eller syn og/eller fysisk funksjonsevne som er så varig at det har en betydning for personens evne til å fungere (spørsmål 168, 171 og 174), er også svært relevant. Tegn på at behandling som reduserer nivået av funksjonshemming (f.eks. fjerning av grå stær, høreapparat), var forbundet med forbedring av kognitiv evne og/eller funksjonsevne (slike data kan innhentes hvis det foreligger informasjon fra to tidspunkter) vil understøtte dette.

Dysfunksjon i skjoldbruskkjertelen

Symptomer:

- (spørsmål 175) diagnose av underaktiv skjoldbruskkjertel
- tegn fra sykehistorie på endring i de følgende: mindre intoleranse for kulde, utvikling av tørr hud eller hårtap, og/eller klager over tretthet

Å stille diagnose skjoldbruskkjertelsykdom

Symptomer på hypotyreose kan være forbundet med tegn på kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at hypotyreose skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil nærvær av symptomer på hypotyreose eller biokjemiske tegn på unormal

skjoldbruskkjertel funksjon fra prøver tatt før utviklingen av kognitiv og funksjonell tilbakegang (spørsmål 177) være svært relevant. Tegn på forbedring av kognitiv og funksjonell evne etter behandling med tyroksin i riktig dose (slike data kan innhentes hvis det foreligger informasjon fra to tidspunkter) vil understøtte dette.

Cerebrovaskulære problemer eller parkinsonisme som differensialdiagnose

Symptomer:

- (spørsmål 178) historie av besvimelser
- (spørsmål 180) historie av hjerneslag eller TIA
- (spørsmål 182) skjelvinger og/eller skjelvende lemmer
- (spørsmål 184) langsomme kroppsbevegelser

Å stille diagnose cerebrovaskulær sykdom

Symptomer på cerebrovaskulære problemer eller parkinsonisme kan være forbundet med kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at cerebrovaskulære problemer eller parkinsonisme skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil en klinisk historie av cerebrovaskulære symptomer som har oppstår før utviklingen av kognitiv og funksjonell tilbakegang (spørsmål 179, 181, 183 og 185) være svært relevant. Ved demens med Lewy-legemer kan imidlertid parkinsonisme bli mer fremtredende etter at tegn på kognitiv svikt har vist seg, men alvorlighetsgraden av de kognitive endringene kan fluktuere. Tegn som kommer frem ved fysisk undersøkelse og/eller utredning på nevrologisk sykdom og som samsvarer med sykehistorien (f.eks. hjerneskade på et sted i hjernen som kan forklare de fysiske observasjonene) (slik informasjon kan innhentes fra pasientjournalen) vil være svært relevant. En tidligere historie av lignende eller beslektede hendelser vil understøtte dette.

Bivirkning av medisinbruk som differensialdiagnose

Symptomer:

- (spørsmål 186 og 187) lengre periode med bruk av en medisin som har kjente direkte eller indirekte virkninger på hjernefunksjon

Å stille diagnose bivirkninger av medisinbruk

Symptomer som oppstår på grunn av medisinbruk kan være forbundet med kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at medisinbruk skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil bruk av medisiner som man vet virker direkte eller indirekte på sentralnervesystemet (f.eks. beroligende midler eller antiepileptika) i tiden før utvikling av kognitiv og funksjonell tilbakegang (spørsmål 188) være svært relevant. Informasjon som antyder at den kognitive og funksjonelle tilbakegangen har blitt bedre etter at medisineren ble redusert eller helt fjernet (disse dataene kan innhentes hvis det foreligger informasjon om medisineren fra to tidspunkter), vil understøtte dette.

Søvnlidelser som differensialdiagnose

Symptomer:

- (spørsmål 189) overdreven soving
- (spørsmål 190) utilstrekkelig søvn
- (spørsmål 191) hyppige oppvåkninger om natten
- (spørsmål 192) sover ofte i løpet av dagen
- (spørsmål 194) diagnose av søvnapné

Å stille diagnose søvnlidelse

Symptomene kan være forbundet med kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at søvnlidelse skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil kliniske tegn på søvnapné eller en annen søvnlidelse fra tiden før utviklingen av kognitiv og funksjonell tilbakegang, slik som overdreven søvnighet på dagtid (spørsmål 193 og 195), være svært relevant. Informasjon fra søvnutredning om søvnapné eller en annen søvnlidelse (denne informasjonen kan innhentes fra pasientjournalen) vil understøtte dette.

Tilpasningsforstyrrelse som differensialdiagnose

Symptomer:

- (spørsmål 202) nylig opplevelse av en betydelig livshendelse (dødsfall av en nærstående, overgrep, alvorlig sykdom osv.)

Å stille diagnose tilpasningsforstyrrelse

En nylig større livshendelse kan være forbundet med kognitiv og funksjonell tilbakegang (som påvist i del 2). For at en større livshendelse skal være den primære diagnosen som forklarer denne tilbakegangen, vil en større livshendelse i tiden før utviklingen av kognitiv og funksjonell tilbakegang (spørsmål 203) være svært relevant. Tegn på vedvarende emosjonelt traume knyttet til den angitte livshendelsen (f.eks. symptomer på posttraumatisk stress, vedvarende og påtrengende opptatthet av en død slektning osv.) (spørsmål 204) som ikke er forbundet med eller kan forklares av at det foreligger noen av de andre lidelsene som er nevnt ovenfor, vil også være relevant.

Disintegrativ/regressivt syndrom som differensialdiagnose

Symptomer:

- Kognitiv og funksjonell tilbakegang (påvist i del 2)
- (spørsmål 25) betydelig tap av ferdigheter i ung alder

Å stille diagnose disintegrativ/regressivt syndrom

For at disintegrativ/regressivt syndrom skal være den primære diagnosen som forklarer den kognitive og funksjonelle tilbakegangen, vil det måtte foreligge en historie av svikt i kognisjon, adaptive ferdigheter og tilknyttede symptomer som har inntruffet i ungdomstiden og tidlig voksen alder. Funksjonssvikten er ikke progressiv, slik som ved Alzheimers demens, og en delvis restitusjon vil kunne skje.

Instruksjon for skåring

Spørsmål merket med en * i del 2 gir skårer som kan brukes til å diagnostisere Alzheimers demens eller prodromal demens. Grenseskårer er oppgitt i neste kapittel. Alle spørsmål som er merket med en * har en *del a)* og en *del b)*. Ved skåring skal den følgende fremgangsmåten benyttes:

Del a): • Nei: sett skår 0 • Ja: bruk skåringsmåten som i <i>del b)</i>	Del b): • Nei: sett skår 0 • Ja -> Lett forverring: sett skår 1 • Ja -> Alvorlig forverring: sett skår 2
---	--

Nedenfor er det gitt eksempler på hvordan denne fremgangsmåten for skåring skal benyttes.

Eksempel 1:

På spørsmål *65 rapporterer informanten at ja, deltakeren har vansker med å lese, så vi benytter derfor skåringsmåten i *del b)*. Informanten rapporterer at deltakeren alltid har hatt vansker med å lese, og det har ikke skjedd noen forverring. Her settes det da en skår på 0.

*65	a)	Har deltaker vansker med å lese?	Ja Nei DK N/A	→	b)	Er dette en forverring?	Ja Nei DK N/A	→	Lett forverring Alvorlig forverring	1 2
Eksempler på endring:										

Eksempel 2:

På spørsmål *48 rapporterer informanten at deltakeren/pasienten har vansker med å huske hvor de har lagt ting, så vi benytter skåringsmåten i *del b)*. Informanten rapporterer at deltakeren/pasienten har blitt mye mer glemsk i det siste, og dette påvirker deres evne til å være til stede og delta i bestemte aktiviteter: det har vært en Alvorlig forverring i evnenivå. Her skal det settes en skår på 2.

*48	a)	Har deltaker ofte vansker med å huske hvor ting er lagt?	Ja Nei DK N/A	→	b)	Er dette en forverring?	Ja Nei DK N/A	→	Lett forverring Alvorlig forverring	1 2
Eksempler på endring:										

Eksempel 3:

På spørsmål *85 rapporterer informanten at nei, deltakeren blir ikke ofte irritabel eller sint, så vi setter en skår på 0. Når del a) skåres som «nei», skal N/A registreres i del b.

*85	a)	Er deltaker ofte irritabel eller sint?	Ja Nei DK N/A	→	b)	Er dette en forverring?	Ja Nei DK N/A	→	Lett forverring Alvorlig forverring	1 2
Eksempler på endring:										

Vurdering av grenseverdi for diagnose

Totalskår for del 2 av CAMDEX-DS II har blitt sammenlignet med en klinikers diagnose ved nærvær eller fravær av demens eller prodromal demens blant 85 voksne personer med DS, med og uten forutgående psykiske helseproblemer (som påvist i del 3 av CAMDEX-DS II).

Data fra denne analysen antyder følgende grenseverdier for en diagnose «demens» eller «prodromal demens» for de som ikke har noen forutgående psykiske helseproblemer:

GRENSEVERDI FOR DEMENS				
Avsnitt	Grenseverdi	Sensitivitet	Spesifisitet	AUC
Samlet skår	7.5 +	1	.98	.99

GRENSEVERDI FOR PRODROMAL DEMENS				
Avsnitt	Grenseverdi	Sensitivitet	Spesifisitet	AUC
Samlet skår	3.5 +	.9	.92	.95

Disse dataene angir også følgende grenseverdi for diagnose «demens» hos de som har forutgående psykiske helseproblemer:

GRENSEVERDI FOR DEMENS				
Avsnitt	Grenseverdi	Sensitivitet	Spesifisitet	AUC
(B) Hukommelse og orientering	6.5 +	.82	.1	.96

Det var ikke mulig å angi en grenseverdi for en nøyaktig diagnose av prodromal demens hos de som hadde forutgående psykiske helseproblemer.

I motsetning til sensitiviteten og spesifisiteten av grenseverdien for pasienter uten forutgående psykiske helseproblemer er sensitiviteten og spesifisiteten for pasienter med forutgående psykiske helseproblemer noe redusert for en demens diagnose, og det ble ikke fastsatt noen grenseverdi for en diagnose av prodromal demens. Intervjuere bør derfor legge den informasjonen som blir samlet inn i informantintervjuet under CAMDEX-DS II frem for en erfaren kliniker, for på denne måten å få en mer nøyaktig diagnose basert på den diagnoseveiledningen som er skissert.

Samlet sett foreslår vi de skårene som er angitt i tabellene over, som mulige grenseverdier for del 2 av CAMDEX-DS II når den benyttes til å diagnostisere demens eller prodromal demens hos voksne med Downs syndrom.

Det er imidlertid mulig at det kan finnes ulike grenseverdier for personer med alvorlig til dyp grad av utviklingshemning som ikke kunne testes særskilt. Videre viste det seg vanskelig å diagnostisere prodromal demens hos personer med forutgående psykiske helseproblemer. I disse tilfellene vil det kunne være nødvendig å gjenta CAMDEX-DS II etter 3 til 6 måneder for klarere kartlegge forandringene og avkrefte alternative forklaringer av endringene som er observert.

Eksempelsamling på mulige svar rapportert fra informant

Eksempler på kognitiv og funksjonell svikt (spørsmål 38 – 103)

A FERDIGHETER I DAGLIGLIVET	
Spørsmål	Eksempler
38. Vansker med vanlige, daglige aktiviteter på arbeid, skole eller dagsenter (kanskje bare endringer i evne til å gjøre ting)	• Vansker med å lære nye oppgaver • Vansker med å gjenkjenne kjente steder/personer • Forvirring • Vansker med å delta i ting de gjorde tidligere • Vansker med å følge med på samtaler • Vansker med å huske hvorfor de er på et sted
39. Vansker med en bestemt ferdighet/hobby	• Sliter med evnen til å gjøre noe de kunne gjøre tidligere
40. Vansker med å gjøre innkjøp	• Vansker med å huske korte lister med punkter • Vansker med å håndtere/bruke penger • Atferdsvansker som innebærer nasking • Vansker med å lete etter bestemte varer i en butikk
41. Vansker med å lage en kopp te/kaffe/ varme drikker	• Lager ikke lenger te/varme drikker, får kalde drikker • Vet ikke hvor kjente ting blir oppbevart • Vansker med å huske trinnene i hvordan ting gjøres • Vansker med å bruke kjente gjenstander/hjelpemidler

42. Vansker med husarbeid, f.eks. tørke støv, vaske opp	• Vansker med å tenke og planlegge • Blir desorientert • Vet ikke hvor kjente ting blir oppbevart • Vansker med å huske trinnene i hvordan ting gjøres • Vansker med å bruke kjente gjenstander/hjelpemidler
43. Vansker med å tilberede enkle måltider/småretter	• Vansker med å tenke og planlegge • Blir desorientert • Vet ikke hvor kjente ting blir oppbevart • Vansker med å huske trinnene i hvordan ting gjøres • Vansker med å bruke kjente gjenstander/hjelpemidler • Vansker med å følge enkle anvisninger
44. Vansker med å bruke elektroniske apparater? F.eks. telefon, nettbrett, TV, datamaskin.	• Vansker med å bruke kjente gjenstander/hjelpemidler • Vansker med å følge enkle anvisninger • Sliter med å finne riktig telefonnummer

B

HUKOMMELSE OG ORIENTERING

Hukommelse

Spørsmål	Eksempler
47. Vansker med å huske nylige hendelser	• Vansker med å huske hva som har skjedd i den siste uken eller de siste dagene
48. Vansker med å huske hvor ting er lagt	• Mister eller forlegger ting ofte • Legger gjenstander på uhensiktsmessige steder

49. Vansker med å huske hva som har blitt sagt, og gjentar samme spørsmål	• Vansker med å følge med på en samtale • Blir hengende fast på ett og samme punkt • Stiller samme spørsmål gjentatte ganger
50. Vansker med å huske korte lister med 2–3 punkter	• Vansker med å huske handlelister • Vansker med å huske en liste over gjøremål
51. Vansker med å huske viktige hendelser tidligere i livet	• Vansker med å huske hvor de vokste opp • Vansker med å huske fødselsdager • Vansker med å huske hvor de gikk på skole • Vansker med å huske bryllupet til et nært familiemedlem • Vansker med å huske en ferie de har tatt
52. Vansker med å huske navnene på nære venner, slektninger eller omsorgsgivere	

B

HUKOMMELSE OG ORIENTERING

Orientering

Spørsmål	Eksempler
53. Vansker med å tolke omgivelsene	• Vet ikke hvor de er • Vet ikke hvorfor de er på et bestemt sted • Blir rastløs eller forvirret fordi omgivelsene virker overstimulerende
54. Vansker med å finne veien rundt i nærområdet	• Går seg bort eller blir desorientert på kjente steder • Vansker med å finne veien til kjente steder, f.eks. legekantor, butikken på hjørnet
55. Vansker med å finne veien rundt i hjemmet	• Går seg bort eller blir desorientert når de ser etter toalettet/soverommet/kjøkkenet osv. • Feilbedømmer avstander og/eller hvor gjenstander står

56. Vansker med å vite hvilken dag det er	• Skiller ikke mellom ukedager og helger • Vet ikke hvilken måned det er • Vet ikke hvilken årstid det er • Blir forvirret over hvilken dag det er
57. Vansker med å vite hvilken tid på dagen det er	• Vei ikke om det er morgen, midt på dagen, kveld eller natt • Mister oversikten over tiden • Møter ikke opp til avtaler • Blir forvirret over hvilken tid på dagen det er

C1

ANDRE KOGNITIVE FERDIGHETER

Generell mental funksjonsevne

Spørsmål	Eksempler
62. Vansker med å holde oppmerksomheten festet; blir lett avledet	• Hopper raskt fra en ting til den neste • Starter med ting uten å fullføre dem • Vansker med å konsentrere seg/fokusere • Bruker lang tid på å fullføre oppgaver
63. Tankegangen virker langsam	• Tar beslutninger langsomt • Samtaler går langsommere enn vanlig • Bruker lenger tid enn vanlig på å utføre kjente oppgaver • Langsom til å reagere eller tenke gjennom ting
64. Tankegangen virker uklar	• Blir svært forvirret når de tenker gjennom eller planlegger ting • Dårlig dømmekraft når de står overfor risiko • Kan ikke gjennomføre rutinepregede oppgaver, blir forvirret

C1**ANDRE KOGNITIVE FERDIGHETER**
Språk

Spørsmål	Eksempler
65. Vansker med å lese	• Leser ikke • Leser bare enkle setninger / enkeltord
66. Vansker med å følge anvisninger	• Vansker med å oppfatte skriftlig/muntlig informasjon • Blir lett avledet
67. Vansker med å følge med på en vanlig samtale	• Mister tråden i det noen sier • Vansker med å følge med på eller komme inn i en samtale • Vansker med å skifte fra ett tema til et annet
68. Vansker med å skrive	• Vansker med å skrive sitt eget navn og/eller adresse • Vansker med å skrive gratulasjonskort • Vansker med å skrive e-poster • Vansker med å skrive lengre, mer komplekst materiale
69. snakker svært lite	• Vansker med å snakke i fullstendige setninger
70. Vansker med å finne riktig ord, eller bruker feil ord	• Beskriver ordene i stedet for å bruke det riktige navnet • Glemmer hva ting heter • Bruker ord i feil sammenheng

C1**ANDRE KOGNITIVE FERDIGHETER**
Oppfattelse

Spørsmål	Eksempler
71. Vansker med å identifisere eller gjenkjenne objekter	• Bruker et kjent objekt på en måte det ikke er tiltenkt • Feiltolker eller oppfatter en ting som noe annet

72. Vansker med å identifisere eller gjenkjenne personer	• Vansker med å huske at de har møtt en person tidligere • Feilidentifiserer en person for en annen
73. Vansker med å bedømme avstanden mellom dem selv og gjenstander	• Vansker med å gå ned trapper • Vansker med å gripe objekter med hånden

C1 ANDRE KOGNITIVE FERDIGHETER

Praksis

Spørsmål	Eksempler
74. Vansker med å utføre kjente, komplekse oppgaver, selv om har fysisk evne til å gjøre dem	• Vansker med å kle på seg • Vansker med knapper og/eller skolisser • Vansker med å bruke en kam og/eller en tannbørste • Vansker med å bruke spisebestikk • Vansker med å bruke redskaper

C1 ANDRE KOGNITIVE FERDIGHETER

Utøvende funksjoner

Spørsmål	Eksempler
75. Vansker med å planlegge fremover og tenke på fremtiden	• Vansker med å planlegge eller se frem til en fremtidig ferie • Vansker med å spare penger til noe de ønsker seg • Vansker med å planlegge et besøk hos slektninger/venner • Vansker med å bruke tidsplanlegger eller kalender for fremtidige arrangementer • Vansker med å organisere daglige aktiviteter, f.eks. planlegge å ta klesvasken på en bestemt dag, legge klærne i skapet på riktig måte

76. Synes det er vanskelig å treffe beslutninger	• Vansker med å bestemme hva de ha til middag/hvilke klær de skal ha på seg • Vansker med å beslutte om de ønsker å gjøre noe eller ikke • Vansker med å velge mellom to eller flere alternativer • Vansker med å treffe beslutninger på egen hånd (må ikke være velinformert) • Klarer ikke bestemme seg for hva de skal gjøre / hvor de skal gå
77. Vansker med å løse vanlige, daglige problemer	• Vansker med å vite når de skal be om assistanse/hjelp • Vansker med å forholde seg til møbler/apparater som ikke står på sitt vanlige sted • Vansker med å forholde seg til uventede endringer (f.eks. en innstilt buss)

Personlighet og atferd

Spørsmål	Eksempler
80. Oppfører seg på en måte som fører til sosiale vansker	• Kler av seg der det er upassende • Opptrer ubehøvlet • Invaderer andres personlige rom • Sier ting som ikke er passende • Har vansker med å respondere på sosiale signaler • Tar andres eiendeler
81. Er stillferdige	• De er ganske stille, engasjerer seg helst ikke i samtaler • De er reservert/passiv • Viser mangel på interesse for sine umiddelbare omgivelser • Sosialt tilbaketrukket
82. Viser lite følelser. Er emosjonelt avflatet	• Kan snakke med monoton stemme • Redusert ansiktsmimikk • Mangel på øyekontakt • De gir ikke uttrykk for sine følelser
83. Har skiftende sinnsstemning.	• Blir uvanlig trist, engstelig eller skremt • Raskt skiftende sinnsstemning
84. Mangel på entusiasme for sine vanlige interesser	• Blir tilbaketrukket/mister interessen for sosialt samvær, hobbyer eller arbeid • Pleide å gjøre mye forskjellig, nå er det bare et par interesser igjen • Lite motivasjon til å drive med vanlige aktiviteter
85. Ofte irritabel eller sint	• Irritabel eller lett opprørt/sint • Reagerer aggressivt/grettent • Er krass • Ofte verbalt aggressiv • Sparker, kaster og/eller knuser ting

86. Viser mangel på omtanke for andre mennesker	• Vansker med å forstå eller vise medfølelse med andre • Slår, biter og/eller klorer andre
87. Handler impulsivt, ved å gjøre det som først faller inn	• Handler på impuls • Handler uten å tenke først • Vansker med å forutse konsekvensene av sine handlinger
88. Er sta, eller kanskje fastlåst i sine vaner	• Endrer ikke innstilling eller oppfatning om noe • Vil gjøre ting på sin egen måte og/eller tar ikke imot nødvendig hjelp
89. Blir involvert i vanskelige eller pinlige situasjoner på offentlige steder på grunn av sin atferd	• Vansker med å respondere på sosiale signaler • Reduserte hemninger • Sier ting som er upassende
90. Legger for dagen upassende seksuell atferd	• Upassende sosial atferd (berører fremmede osv.)
91. Er svært rastløs	• Vansker med å sitte stille lenge om gangen • Fikler og/eller vandrer rundt • Vansker med å holde oppmerksomheten festet på noe
92. Gjentar samme ord, frase, handling eller ide om igjen og om igjen	• Gjentar samme frase/spørsmål – kan være løpende eller gjennom dagen/over flere dager • Trommer med fingrene, fikler med klesplagg/hendene
93. Utvikler rutiner som det ikke er lett å få til å slutte med	• Gjentar aktiviteter mange ganger • Kler av/på seg flere ganger enn det som er nødvendig • Legger ting i fast rekkefølge
94. Prøver ofte å spise for mye eller for lite	• Søker aktivt etter store mengder mat • Ikke interessert i mat, må oppfordres til å spise • Vansker med å huske spisetider/når de spiste sist
95. Prøver å spise uvanlige ting	• Prøver å spise ting som ikke bør inntas

Egenomsorg

Spørsmål	Eksempler
99. Vansker med å spise selv	• Vansker med å bruke bestikk og/eller skjære opp mat • Vansker med å føre maten inn i munnen • Tilbereding av mat eller dekking av bord er ikke relevant her • Somatiske problemer er ikke relevante her
100. Vansker med å kle på og av seg	• Vansker med knapper, glidelåser og/eller skolisser • Vansker med å kle seg hensiktsmessig for været • Vansker med å få klærne riktig vei • Kler av seg i upassende sammenhenger
101. Vansker med å stelle seg	• Vansker med å gre håret • Vansker med å barbere seg • Vansker med å klippe neglene • Vansker med å pusse tennene
102. Vansker med å bade eller dusje	• Vansker med å vaske og skylle håret • Vansker med å skylle vekk såpen tilstrekkelig • Vansker med å tørke av seg • Vansker med å justere vanntemperaturen
103. Opplever urin eller avføringsinkontinens?	• Vansker med å bruke toalettet • Vansker med å finne toalettet • Har sporadiske uhell • Inkontinens om natten

A DEPRESJON	
Spørsmål	Eksempler
106. Mangel på interesse for eller glede over ting generelt	• Har det ikke moro med aktiviteter de tidligere likte • Kan ikke konsentrere seg om / bryr seg ikke om ting de tidligere likte å gjøre (f.eks. se på TV)
107. Foretrekker å holde seg for selv heller enn å søke samvær med andre	• Liker ikke å ha andre mennesker rundt seg • Liker ikke å snakke med folk
108. Mangler energi og/eller synes det er vanskelig å få ting gjort	• Bryr seg ikke om hvordan de ser ut • Synes det er vanskelig å velge mellom ting (f.eks. bestemme hva de skal ha på seg, spise eller gjøre) • Virker letargisk, responderer/beveger seg langsomt
109. Vansker med å konsentrere seg om vanlige daglige aktiviteter?	• Vansker med å fokusere på anvisninger / de neste trinnene i en aktivitet • Virker tankespredt • Vansker med å huske detaljer
110. Våkner tidlig om morgenen og klarer ikke å sovne igjen	• Våkner tidligere enn vanlig / før vekkerklokken ringer • Sliter med å sovne igjen
111. Sover mye på dagtid	• Synes det er vanskelig å holde seg våken gjennom dagen • Sover på dagtid
112. Gråter ofte	• Gråter over småting (f.eks. hvis noen forteller dem at de har gjort noe galt) • Gråter ofte uten noen åpenbar grunn
113. Mangler selvtillit	• Ser seg selv i et negativt/kritisk lys • Liker ikke å prøve nye ting • Unngår ting de synes er utfordrende

114. Ofte irritabel/sint	• Irritabel eller blir lett opprørt/sint • Reagerer aggressivt/grettent • Er krass • Ofte verbal aggressiv • Sparker, kaster og/eller knuser ting
115. Er svært rastløs	• Vansker med å sitte stille lenge om gangen • Fikler og/eller vandrer frem og tilbake • Vansker med å holde oppmerksomheten festet
116. Snakker og/eller beveger seg langsommere enn vanlig	• Bruker lenger tid på å si og/eller gjøre ting enn de gjorde før
117. Mister matlysten eller blir mer sulten enn vanlig	• Spiser mindre enn vanlig og/eller er uinteressert i mat • Spiser mer enn vanlig
118. Skader seg selv med vilje	• Påfører seg selv skader eller sår med vilje (eller prøver på dette)
119. Snakker alvorlig om å dø og/eller forsøker å begå selvmord	• Snakker om at de ønsker å dø og/eller ta sitt eget liv • Selvmordsforsøk

B ANGST

Spørsmål	Eksempler
127. Bekymrer seg mye over småting	• Blir lett opprørt/sint over småting • Bekymrer seg for familie og venner (f.eks. at det vil skje noe ille) • Bekymrer seg for kommende aktiviteter/hendelser, nye ting, fremtiden og/eller hva de skal gjøre i morgen • Klarer ikke å slutte å bekymre seg og tenke på noe annet

128. Blir svært engstelig eller skremt	• Klarer ikke slutte å tenke, har mange tanker i hodet og/eller sliter med å holde tankene borte • Virker anspent og/eller nervøs • Redd for å slå av lyset, for høyder, for å ta heisen, for å være alene
129. Blir engstelig i spesielle situasjoner	• Unngår å gå til legen, fordi de er redde for å gå dit • Urolig for å gå til travle steder med ansamlinger av mennesker • Unngår situasjoner som gjør dem nervøs
130. Får panikkanfall	• Finner det vanskelig å puste, blir varm og svett, og/eller armer/ben skjelver • Kommer inn i en tilstand av panikk
131. Somatiske symptomer på angst	• Bruker lang tid på toalettet • Går på toalettet mange ganger over kort tid • Svetter kraftig • Kortpustethet • Svimmelhet
132. Vansker med å sovne	• Bruker lang tid på å sovne/klarer ikke å sovne • Sliter med å roe seg ned/slappe av
133. Vansker med å konsentrere seg om daglige aktiviteter	• Vansker med å fokusere på anvisninger / de neste trinnene i en aktivitet • Virker tankespredt • Vansker med å huske detaljer
134. Vansker med å holde på med aktiviteter	• Holder ikke på med nye aktiviteter • Unngår bestemte aktiviteter • Engstelig over å holde på med aktiviteter
135. Klager over tretthet	• Klager over at de føler seg trett og/eller mangler energi
136. Mister matlysten eller blir mer sulten enn vanlig	• Spiser mindre enn vanlig og/eller er uinteressert i mat • Spiser mer enn vanlig

Spørsmål	Eksempler
142. Tror at bestemte ting har skjedd med dem eller blitt gjort mot dem, og dette er usannsynlig	• Føler at andre observerer dem eller snakker om dem • Er ofte skeptiske eller mistenksomme overfor andre • Føler at de blir spionert på / forfulgt • Tror at noen gjemmer/stjeler tingene deres • Tror at de har spesielle evner/krefter • Tror at andre utgir seg for å være personer de kjenner
143. Blir plaget av eller er opptatt av stemmer/syner/lukter/smaker/følelser som andre ikke opplever	• Blir foruroliget av lyder/syner/lukter/smaker/følelser som ikke er der • Hører uvanlige lyder i ørene (smell, klikking, susing, klapping) • Opplevelser av telepati eller overnaturlige krefter • Føler et nærvær av noe «ondt»
144. Tankene er uklare og/eller usammenhengende	• Tanker som gir logisk mening • Usammenhengende tanker
145. Tror at de blir kontrollert av noen andre	• Tror at tankene deres blir styrt utenfra • Tror at de blir kontrollert av noe eller noen

D**OMTÅKETHET / DELIRUM**

Spørsmål	Eksempler
151. Plutselig endring mot mental forvirring	• Blir lett forvirret hvis det skjer for mye på en gang • Kjente omgivelser virker fremmede, forvirrende eller uvirkelige

E**TVANGLIDELSE (OCD)**

Spørsmål	Eksempler
155. Gjentar samme ord, frase, handling eller ide om igjen og om igjen	• Gjentar samme frase/spørsmål – kan være på rad eller gjennom dagen/over flere dager • Trommer med fingrene, fikler med klesplagg/hendene
156. Overdrevent opptatt av ryddighet	• Behov for at gjenstander må plasseres på en bestemt måte eller i en bestemt rekkefølge • Passer på at gjenstander er stilt opp på en bestemt måte
157. Overdrevent opptatt av renslighet	• Overdreven vasking av hender/gjenstander/overflater • Redd for bakterier/skitt – nekter å ta på gjenstander og/eller håndhilse osv.
158. Tvangspregede tanker eller ideer	• Påtrengende tanker eller impulser som er vanskelig å skyve bort eller glemme
159. Utvikler rutiner som det ikke er lett å få dem til å slutte med	• Gjentar aktiviteter mange ganger • Kler av/på seg flere ganger enn nødvendig • Plasserer ting i rekkefølge

F**ALKOHOL- ELLER STOFFMISBRUK**

Spørsmål	Eksempler
164. Betydelig historie av misbruk av alkohol eller andre stoffer	• Drikker øl/vin/brennevin hver dag og blir beruset • Bruker stoff/stoffer i mengder som er skadelige for den enkelte og/eller andre