

BASAL DEMENSUTREDNING

Utredningsverktøy til bruk for leger

Pasientens navn: _____ Født: _____
Adresse: _____ Tlf.: _____
Pårørendes navn: _____
Relasjon til pasient : _____ Tlf.: _____
Pasientens fastlege: _____ Tlf.: _____
Utfyllt av: _____ Dato for undersøkelse: _____

Leseveiledning

Dette utredningsverktøyet tar utgangspunkt i anbefalingene gitt i Helsedirektoratets «Nasjonal faglig retningslinje om demens», tilgjengelig på www.helsedirektoratet.no.

Utredningsverktøyet beskriver hvordan leger kan gjennomføre en basal demensutredning og hva utredningen bør inneholde av ulike undersøkelser og kartlegginger. Det er utformet som et praktisk verktøy og kan skrives ut og benyttes ved utredning av en pasient. Verktøyet kan også benyttes av psykologer under forutsetning av at den somatiske delen av utredningen er ivarett av lege.

Det finnes en egen veiledning til dette utredningsverktøyet «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, leger», tilgjengelig på www.aldringoghelse.no. For leger med liten erfaring med demensutredning anbefales det å lese veiledningen før basal demensutredning gjennomføres.

Utredningsverktøyet tar utgangspunkt i hvordan *fastleger* kan gjennomføre en basal demensutredning i samarbeid med personell fra kommunens øvrige helse- og omsorgstjeneste, vanligvis et hukommelsesteam eller et demensteam. I dette verktøyet anvendes begrepet *hukommelsesteam* for å beskrive slike spesialiserte team. Hensikten med et slikt samarbeid er at fastlegen kan få bistand i kartlegging av pasientens funksjonsnivå og eventuelle hjelpebehov. Hukommelsesteamets kartlegging bør fortrinnsvis skje hjemme hos pasienten og med en pårørende til stede. Involvering av hukommelsesteam og/eller pårørende i utredningen forutsetter pasientens samtykke. Les nærmere om hvordan fastlegen og kommunens hukommelsesteam kan samarbeide om utredningen i «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, leger». Hukommelsesteam som skal bistå lege i utredningen anbefales å benytte «Basal demensutredning – kartleggingsverktøy til bruk for kommunens helse- og omsorgspersonell», tilgjengelig på www.aldringoghelse.no.

For leger som skal gjennomføre testing og kartlegging selv, kan de aktuelle testene og skjemaene lastes ned samlet på www.aldringoghelse.no under «Basal demensutredning – aktuelle tester og skjemaer». Der finnes også annet støttemateriell tilgjengelig, slik som beskrivelse og tolkning av aktuelle tester og skjemaer samt en innføring i enkelte sentrale juridiske aspekter ved utredning av demens.

Ved basal demensutredning i sykehjem kan det være spesielle forhold som bør tas hensyn til, disse er beskrevet i «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, leger», siste punkt.

Utredningen foreslås utført i to konsultasjoner, men dette må vurderes av den enkelte lege. Det foreslås å avsette 20 minutter til den første konsultasjonen, hvor det utføres somatisk undersøkelse. Ved andre konsultasjon foreslås 2 x 20 minutter for samtale/vurdering av pasienten, samt eventuelt samtale med pårørende. Samtale med pårørende forutsetter pasientens samtykke. For tilfeller der lege bør søke veiledning eller henvise til spesialisthelsetjeneste, se «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, leger».

ANBEFALING FØRSTE LEGETIME

Somatisk undersøkelse

Mål blodtrykk og puls, og utfør en enkel neurologisk undersøkelse. Vurder om det foreligger hjertesvikt, lungesykdom, infeksjoner, syns-/hørselsvekkelse, smertetilstander eller annen akutt eller kronisk sykdom. Vurder pasientens ernæringsmessige risiko og alkohol-/rusvaner.

Utført Ja Nei

Merknad: _____

Blodprøver

Leukocytter, trombocytter, ASAT, ALAT, kreatinin, CRP, SR, vitamin B12, homocystein, folinsyre, elektrolytter, albumin, Hb, ferritin, TSH, HbA1c, glukose. Kolesterol, HDL, LDL og triglyserider kan også være aktuelt. Vurder eventuelt legemiddelanalyse.

Utført Ja Nei

Merknad: _____

Vurdering av delirium (akutt konfusjon, akutt forvirring)

Delirium er karakterisert ved en rask innsettende kognitiv svikt (dager til uker) som potensielt er reversibel. Symptomene er særlig uttalt kveld/natt. Årsaker kan være somatisk sykdom, som hjertesvikt, lungesykdom, forstyrrelse av væskebalansen, søvnapné, infeksjonssykdom, annen akutt sykdom eller bivirkninger av legemidler (se neste punkt). Høy alder, multisykdom og bruk av flere legemidler samtidig, øker risikoen for delirium. Fagprosedyren «Delirium – forebygging, diagnostikk og behandling» finnes på www.fagprosedyrer.no.

Utført Ja Nei

Merknad: _____

Vurdering av eventuelle legemiddelbivirkninger på kognisjon

Legemidler med sentralnervøs effekt som psykofarmaka, antiparkinson-legemidler, opiater, glukokortikoider og antihistaminer kan gi kognitiv svikt og/eller delirium. Vurder legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

Utført Ja Nei

Merknad: _____

CT eller MR av hjernen

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

Utført Ja Nei

Merknad: _____

Kontakte kommunens hukommelsesteam

Kontakt kommunens hukommelsesteam for bistand til kartlegging av pasienten dersom aktuelt. For nærmere beskrivelse av hvordan lege og hukommelsesteam kan samarbeide, se «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, leger».

Utført Ja Nei

Merknad: _____

■ ANBEFALING ANDRE LEGETIME

Undersøkelsene og vurderingene som bør gjøres i andre legetime er såpass tidkrevende, spesielt dersom legen skal gjennomføre alle tester og spørreskjemaer alene, at det anbefales å sette av en dobbelttime for gjennomføring av dette. Det må på forhånd være avklart med hukommelsesteamet hvorvidt det er legen eller hukommelsesteamet som skal administrere de enkelte testene og spørreskjemaene nevnt nedenfor. Legen avgjør i hvert enkelt tilfelle hva som er ønskelig og forsvarlig.

Intervju av pårørende

Pårørende bør, etter samtykke fra pasienten, bli spurt om endringer i pasientens funksjon over tid. Spør om endringer av hukommelse / kognitiv funksjon, aktiviteter i dagliglivet (ADL-funksjon), deltakelse i sosialt liv og atferd (depressive symptomer, passivitet, irritabilitet, uro og angst). Der hvor hukommelsesteamet har administrert spørreskjemaer, kan legen med fordel ta utgangspunkt i disse i samtalen med pårørende. Dersom ikke hukommelsesteamet har administrert spørreskjemaer, bør legen selv gjøre dette. Aktuelle spørreskjemaer er:

- **IQCODE – Spørreskjema til pårørende** – brukes for å evaluere endringer i pasientens kognitive funksjon slik de arter seg praktisk i hverdagen og oppleves av pårørende.
- **Instrumentelle Aktiviteter i Dagliglivet (IADL)** – gir opplysninger om hvordan pårørende opplever at pasienten klarer seg praktisk i det daglige med hensyn til mer komplekse aktiviteter, slik som matlaging, husarbeid, håndtere egen økonomi, legemidler med mer.
- **Personnære Aktiviteter i Dagliglivet (PADL)** – kartlegger hvordan pårørende opplever at pasienten klarer seg praktisk i hverdagen med hensyn til basale aktiviteter, slik som personlig hygiene, påkledning, toalettbesøk med mer.
- **Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD)** – brukes for å vurdere depressive symptomer hos pasienten slik de oppleves av pårørende.
- **Nevropsykiatrisk Intervjuguide – spørreskjema til pårørende (NPI-Q)** – brukes for å vurdere andre adferdsmessige og psykologiske symptomer hos pasienten.
- **Belastningsskala – pårørende** – kartlegger pårørendes stressbelastning.

Skjemaene er tilgjengelige på Aldring og helses hjemmesider under «Basal demensutredning – anbefalte tester og skjemaer, samlet».

Utført Ja Nei

Merknad: _____

Kognitiv utredning

Kognitiv utredning bør, om mulig, gjennomføres både gjennom samtale med pasient og pårørende, og ved bruk av anbefalte kognitive tester, slik som norsk revidert **Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3)** og norsk revidert **Klokketest (KT-NR3)**. Vær oppmerksom på at flere faktorer kan påvirke testresultater, slik som alder, motivasjon, utdanningsnivå, språkfunksjon, kultur, psykisk tilstand, syn, hørsel og somatisk tilstand. Det betyr at en høy skår faktisk kan være forenlig med kognitiv svikt eller demens, og at en lav skår kan være forenlig med kognitiv fungering innenfor normalområdet. Ved fortolkning av testresultater er det derfor sentralt å ta hensyn til pasientens antatte premorbide evner og utdanningsnivå. For nærmere informasjon, se dokumentet «Basal demensutredning – beskrivelse og tolkning av tester og skjemaer» på www.aldringoghelse.no.

Utført Ja Nei

Merknad: _____

Vurdering av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens

Pasientens psykiske status bør vurderes gjennom samtale og bruk av kartleggingsverktøy med pasienten selv og pårørende, forutsatt samtykke fra pasient.

Depresjon er en viktig differensialdiagnose til demens. Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD) utfylles ved intervju med pårørende eller omsorgsperson som vurderer pasientens depressive symptomer. Dersom lege i tillegg vurderer å benytte Montgomery Aasberg Depression Rating Scale (MADRS) anvendes den best hos pasienter med MMSE-NR3 skåre over 20.

For å kartlegge andre atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens kan «Nevropsykiatrisk Intervjuguide – spørreskjema til pårørende» (NPI-Q) anvendes.

Utført Ja Nei

Merknad: _____

Vurdering av kjøreevne samt oppfyllelse av helsesertifikater, omsorgsansvar og tilgang til våpen

Vurder om pasienten oppfyller helsekravene til å inneha førerkort for motorkjøretøy, flysertifikat, offshoresertifikat og/eller andre helsesertifikater når dette er relevant, og meld fra når det er nødvendig. For nærmere informasjon om helsekravene til førerkort, se Helsedirektoratets «førerkortveilederen». Merk også at omsorgsansvar (mennesker/dyr) og tilgang til våpen bør avklares og ved behov følges opp.

Utført Ja Nei

Merknad: _____

KONKLUSJON AV UTREDNINGEN

Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen. I henhold til «the International Classification of Diseases», 10. utgave (ICD-10) må kriteriene gitt under være oppfylt for en demensdiagnose. Disse kriteriene tilsvarer ICPC-2 P-70 demens. Etter gjennomført utredning kan resultatene vurderes opp mot dette kriteriesettet:

- Dersom svarene på spørsmålene under er «ja» på 1-4, foreligger demens.
- Dersom svarene er «ja» på punkt 1.1 og/eller 1.2, men «nei» på punkt 1.3, foreligger mild kognitiv svikt (MCI).
- I enkelte tilfeller kan det etter endt utredning fremdeles være usikkerhet 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. Er det fortsatt mistanke om at pasienten har en begynnende demens eller kognitiv svikt av annen årsak, bør legen rådføre seg med eller henvise til spesialisthelsetjenesten, eventuelt avvente og gjøre en oppfølgende utredning, eksempelvis etter 6 til 12 måneder.

| | | Ja | Nei |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | (1) Svekket hukommelse, især for nyere data. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) Svikt av minst en annen kognitiv funksjon (dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) Den kognitive svikten påvirker evnen til å utføre dagligdagse oppgaver. For nærmere informasjon, se «Angivelse av alvorlighetsgrad av demens» neste side. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Klar bevissthet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller endret sosial atferd. Minst ett av følgende: (1) Emosjonell labilitet (2) Irritabilitet (3) Apati (4) Unyansert sosial atferd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Tilstanden har vart i 6 måneder eller lenger. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Angivelse av spesifikk demensdiagnose

Dersom pasienten oppfylder kriteriene for demens, bør det angis hvilken demenssykdom som foreligger.

- Alzheimers demens (AD)**
Vanligvis snikende start og progresjon, hukommelsessvikt som mest sentrale symptom initialt.
- Vaskulær demens (VaD)**
Oppstår akutt eller gradvis etter en eller flere cerebrovaskulære hendelser, symptomer avhenger av lokalisasjon av hendelsene.
- Alzheimers demens (AD) + Vaskulær demens (VaD)**
Tegn til begge tilstander. Det er ikke så uvanlig hos de aller eldste.
- Frontotemporal demens (FTD)**
Personlighetsendring i form av bortfall av hemninger eller initiativ kombinert med redusert sykdomsinnsikt, er mer uttalt enn den kognitive svikten initialt.
- Demens med lewylegemer (DLL)**
Parkinsonisme, synshallusinasjoner, fluktuerende kognitiv svikt, REM-søvnforstyrrelse, for eksempel fysisk utagering i søvne.
- Demens ved Parkinsons sykdom (PD)**
Demenssymptomer kommer > 1 år etter parkinsonismen, symptomer som ved demens med lewylegemer.
- Uspesifisert demens**

Angivelse av alvorlighetsgrad av demens

I tilfeller der pasienten oppfyller diagnosekriteriene for demens, bør alvorlighetsgraden av demens angis da dette er av betydning for legemiddelbehandling og for videre planlegging av øvrig helse- og omsorgstiltak. I henhold til ICD-10 skiller det mellom:

- Mild grad:**
Klarer seg uten hjelp i basale ADL-aktiviteter, slik som spising, påkledning og personlig hygiene, men behov for tilrettelegging/hjelp til mer kompliserte ADL-aktiviteter, slik som å betale regninger, bruke PC eller telefon/mobil, holde avtaler og planlegge innkjøp.
- Moderat grad:**
Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre. Kun enklere dagligdagse aktiviteter kan utføres, avhengig av hjelp til for eksempel å gjøre innkjøp og ivareta økonomi.
- Alvorlig grad:**
Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig.

■ FORMIDLING AV RESULTATER FRA UTREDNINGEN OG PLANLEGGING AV VIDERE TILTAK

Legen har ansvaret for å formidle resultater av utredning og eventuell diagnose til pasienten, samt til pårørende under forutsetning av pasientens samtykke. I tilfeller der hukommelsesteamet har bistått i utredningen kan det ofte være hensiktsmessig at en representant fra teamet deltar i en slik samtale. Dette forutsetter naturligvis at pasienten samtykker. Der teamet har vært hos pasienten på kartlegging, har de ofte fått god kjennskap til pasientens hverdagsutfordringer. Involvering av personell fra hukommelsesteamet vil dermed kunne gi trygghet og bidra til å sikre god informasjonsflyt samt legge til rette for tilpasset oppfølging videre.

Se «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, leger» for nærmere informasjon om formidling av resultater fra utredningen og planlegging av videre tiltak.

■ VIDERE OPPFØLGING

De fleste demenssykdommene er progredierende med et forløp over mange år. Det er nødvendig at pasienten følges opp regelmessig for å vurdere den medisinske statusen, endringer i funksjonsnivå og behovet for informasjon og nye helse- og omsorgstiltak. Fastlegen har ansvaret for den medisinske oppfølgingen, mens kommunens hukommelsesteam eller den øvrige helse- og omsorgstjenesten bør ha et hovedansvar for å legge til rette for at systematisk, tilpasset oppfølging tilbys pasient og pårørende for personer som bor hjemme.

Se «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, leger» for nærmere informasjon om videre oppfølging ved henholdsvis lege og hukommelsesteam.

Verktøy for basal demensutredning tar utgangspunkt i anbefalinger gitt i Helsedirektoratets «Nasjonal faglig retningslinje om demens». Det er utviklet og revidert av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse med støtte fra Helsedirektoratet, og er tilgjengelig på www.aldringoghelse.no.

VERKTØY FOR BASAL DEMENSUTREDNING BESTÅR AV FØLGENDE DELER:

