




# Brukermanual

## Kvalitetsregister i alderspsykiatri

# KVALAP

 Kan ikke vise det koblede bildet. Filen kan være flyttet, ha fått nytt navn eller være slettet. Kontroller at koblingen peker til riktig fil og plassering.

Revidert 2023

Lene Haukland-Haugen, Tanja Ibsen, Marit Nåvik, Maria Lage Barca, Eivind Aakhus

## Innhold

<b>1.0 Om KVALAP .....</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrunn .....	3
1.2 Praktisk informasjon om KVALAP .....	3
2.0 Innlogging og utfylling av digitalt register .....	4
2.1 Utredning.....	4
2.2 WHO-5 Fem spørsmål om trivsel og velvære .....	5
2.3 Personopplysninger .....	5
2.4 Somatisk helse .....	6
2.5 Clinical Frailty Scale .....	6
<b>2.6 Psykisk helse .....</b>	<b>7</b>
2.7 Legemidler ved utredning/behandlingsstart .....	7
2.8 Stimulantia/rusmidler .....	7
2.9 Klinisk helhetsvurdering .....	8
<b>3.0 Kognitiv testing og kartlegging depresjon .....</b>	<b>8</b>
3.1 Montreal Cognitive Assessment (MoCA).....	8
3.2 Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3) .....	12
3.2 Norsk Revidert Klokketest (KT-NR3) .....	14
3.3 Montgomery - Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).....	19
3.4 Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD) .....	21
3.5 Geriatric Anxiety Index (GAI).....	21
3.6 Instrumentelle- og personnære aktiviteter i dagliglivet (I-ADL og P-ADL) .....	22
3.7 Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly (IQCODE) .....	24
3.9 Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) .....	25
<b>4.0 Oppsummering av behandling ved alderspsykiatrisk poliklinikk eller døgnet 26</b>	<b>26</b>
4.1 WHO-5 5 spørsmål om trivsel og velvære.....	26
<b>5.0 Oppsummering, diagnose, videre oppfølging .....</b>	<b>27</b>
<b>6.0 Kontaktinformasjon .....</b>	<b>27</b>
<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv til pasient på Alderspsykiatrisk avdeling .....</b>	<b>28</b>
Hvordan reservere deg på HelseNorge .....	29
<b>Vedlegg 2: Hvordan reservere pasient fra å stå i registeret? .....</b>	<b>31</b>
<b>Vedlegg 3: Hvordan søke om tilgang i Falk og logge inn for første gang .....</b>	<b>33</b>
Innlogging Falk og KVALAP .....	33
<b>Referanser .....</b>	<b>34</b>

## 1.0 Om KVALAP

### 1.1 Bakgrunn

KVALAP er et register for personer som utredes og behandles ved alderspsykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten i Norge (1). Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet på behandlingen pasienten får, og redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingkvalitet. KVALAP skal sikre at pasienter ved alderspsykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten utredes og behandles etter samme mal, med internasjonalt anerkjente og oppdaterte utredningsverktøy.

Alle pasienter som utredes/behandles ved alderspsykiatriske poliklinikker og sengeposter skal inkluderes i registeret, hvis de ikke reserverer seg. Pasienter uten samtykkekompetanse kan også inkluderes.

Se ytterligere informasjon om KVALAP på [www.kvalap.no](http://www.kvalap.no).

### 1.2 Praktisk informasjon om KVALAP

*Brukermanualen* gir informasjon om utfylling av registersett og om normer for ulike tester og kartleggingsverktøy. Brukermanualen blir sendt på e-post og ligger i oppdatert versjon på [www.kvalap.no](http://www.kvalap.no).

#### *Informasjon og reservasjon*

Pasienten og komparent må informeres om registeret, og det er utarbeidet et «Informasjonsskriv til pasienter på Alderspsykiatrisk avdeling» (vedlegg 1). KVALAP er et reservasjonsbasert register, og informasjonsskrivet beskriver også pasientens mulighet for å reservere seg fra å bli registrert i KVALAP. Ved manglende samtykkekompetanse, kan komparent på vegne av pasienten beslutte at han/hun reserverer seg fra deltagelse i registeret.

Dersom pasienten ønsker å reservere seg, gjøres det ved at behandler krysser av for reservasjon (vedlegg 2) i Falk. Dersom pasienten selv ønsker å reservere seg på Helsenorge.no, kan han eller hun følge oppskriften i «Informasjonsskriv til pasienter på Alderspsykiatrisk avdeling» (vedlegg 1).

Om pasienten synes dette er vanskelig kan pasient/pårørende kontakte koordinatør Lene Haukland-Haugen på telefon 97124124.

Ytterligere informasjon om registeret og reservasjon ligger på KVALAP sin hjemmeside, [www.kvalap.no](http://www.kvalap.no)

#### *Resultater fra registeret*

Resultater fra registret presenteres en gang i året på KVALAP sitt registerseminar. Sykehusene får informasjon om registeret gjennom nyhetsbrev to ganger i året. Informasjon fra registeret utover dette formidles via nettsiden [www.kvalap.no](http://www.kvalap.no), hvor også årsrapportene publiseres.

### *Bruk av data*

Utlevering av data til forskning skal godkjennes av Fagråd i KVALAP. Søknadsskjema for utlevering av data fra KVALAP til forskningsprosjekter finnes på registerets hjemmeside ([www.kvalap.no](http://www.kvalap.no)).

## **2.0 Innlogging og utfylling av digitalt register**

Informasjon om hvordan du søker om tilgang til registeret og logger inn for første gang, finner du nederst i dokumentet (vedlegg 3).

Besvar spørsmålene ved å krysse av i rubrikkene. Se hjelpetekst under spørsmålet eller i ikonet med spørsmålsteget, der dette er tilgjengelig.

I dette dokumentet er alt som skal fylles ut listet opp, forklaringer er satt inn kun der det er behov for beskrivelse.

### **2.1 Utredning**

*Dato første time/ innleggelse.* (Ved nye innleggelser for samme pasient skrives ny dato).  
Ble pas. overført fra poliklinisk behandling til døgnbehandling? I så fall hvilken dato?

*Dato behandlingsslutt/utskrivelse.* (Behandlingsslutt i poliklinikk settes ved faktisk avslutning eller etter maks 1 år).

*Er pasienten informert om reservasjonsretten?* (Pasienten skal ha blitt gitt både muntlig og skriftlig informasjon om reservasjonsretten).

*Henvisningsårsak:* Flere kryss tillatt.

*Type konsultasjon.*

*Er pasienten henvist fra annen sykehusavdeling?*

*Utredningen foregår ved hjelp av tolk?*

## 2.2 WHO-5 Fem spørsmål om trivsel og velvære

WHO-5 skal fylles ut ved både oppstart og avslutning av utrednings-/behandlingsperioden, for å registrere pasientens opplevelse av bedring eller forverring av egen helsetilstand.

Type skjema	Pasientens opplevelse av trivsel og velvære
<b>Kilde</b>	Topp C.W., Østegaard S.D, Søndergaard S., & Bech P. (2015). The WHO-5 Well Being Index: A Systematic Review of the Literature. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> , 84, 167-176(2).  WHO (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/ The Depcare project. WHO Regional Office of Europe: Copenhagen (3).
<b>Beskrivelse</b>	World Health Organization Well-Being Index (WHO-5) inneholder fem spørsmål om pasientens subjektive psykiske helsetilstand. Spørreskjemaet kartlegger pasientens opplevelse av egen helsetilstand. Skjemaet er ikke sykdomsspesifikt og egner seg derfor til en bred gruppe pasienter.
<b>Instruksjon</b>	Sett et kryss i boksen på det svaret som passer best, for hver uttalelse om hvordan pasienten for det meste har følt seg de siste to ukene.
<b>Skåring</b>	WHO-5 skåres fra 0-25. 0 representerer verst tenkelige helsetilstand og 25 best mulig helsetilstand.
<b>Utstyr</b>	To Spørreskjema i registersettet.

## 2.3 Personopplysninger

*Sivilstand:* nåværende status gjelder.

*Antall nålevende barn, også stebarn/fosterbarn og antall barn under 18 år.*

*Omsorg for barn under 18 år?*

*Antall års skolegang:* se hjelpetekst

*Yrkesstatus.*

*Bor pasienten alene?*

*Boform* (hvis pas. bor i ordinær bolig vil det komme opp alternativer som skal besvares, med tanke på om pasienten mottar kommunal offentlig hjelp).

*Mottar pasienten offentlig hjelp?* Hvis ja, angi type.

## 2.4 Somatisk helse

Kryss av for om somatisk undersøkelse er utført i forbindelse med aktuell utredning eller utført av henvisende / annen instans i løpet av de siste 4 uker. (Med somatisk undersøkelse mener vi: blodtrykk og puls, vurdering av ernæringsstatus og vurdering av syn og hørsel).

*Vurdering av ernæringsstatus:* spørsmål knyttet til ernæring er hentet fra Malnutrition Screening Tool (MST) for å vurdere om pasienten er i en ernæringsmessig risiko (4). Bruk komparentopplysninger så langt det er mulig.

*Syn og hørsel.*

*Fall:* Om ikke pasienten selv kan oppgi om fall siste år eller siste 3 md., vil kanskje opplysninger fra komparent bidra med informasjon.

*Sykdomsanamnese:* (Kroniske langvarige sykdommer).

Denne vurderingen tas ved innkomst og/eller om det har blitt påvist under oppholdet i avdelingen (behandlingstiden), for å kunne få et samlet bilde av pasientens sykdomsbilde. Opplysningene kan innhentes fra pasient/pårørende og/eller henvisning.

## 2.5 Clinical Frailty Scale

Fyll inn den skåren som passer best til pasientens funksjonsnivå (5,6).

<b>Type skjema</b>	Kartlegging av pasientens fysiske funksjon/skrøpeligheit.
<b>Kilde</b>	Sophie Church, Emily Rogers, Kenneth Rockwood and Olga Theou. A scoping review of the Clinical Frailty Scale (2020)(5).  David Basic, FRACP1 and Chris Shanley, EdD. Frailty in an Older Inpatient Population: Using the Clinical Frailty Scale to Predict Patient Outcomes(2015)(6).
<b>Beskrivelse</b>	The Clinical Frailty Scale er et kartleggingsverktøy som brukes for å kartlegge pasientens <b>fysiske funksjon/skrøpeligheit</b> og kan gi en indikator på hvilken hjelp pasienten vil være i behov av
<b>Instruksjon</b>	Sett et kryss i boksen som beskriver pasientens helsetilstand
<b>Skåring</b>	Clinical Frailty Scale skårer fra 1-9. Der 1 beskriver en som er veldig sprek og 9 beskriver en som er terminalt syk
<b>Utstyr</b>	Spørreskjema og veileder i testbatteriet

## 2.6 Psykisk helse

*Tidligere psykisk sykdom eller kognitiv svikt:* Her kan det krysses av for flere alternativer. Fyll ut etter beste evne, og etter å ha konferert med pårørende og pasient, både symptomer på de forskjellige psykiske sykdommene og stadfestede psykiske diagnoser som pasienten har hatt tidligere.

Hvis ja, fyll ut *tidligere behandling av psykisk sykdom*.

*Tidligere suicidalitet.*

*Pågående suicidalitet* (Dette er en vurdering legen gjør ved inntak).

*Har pasienten blitt utsatt for psykisk eller fysisk vold siste 4 uker?*

Dette spørsmålet bør pasienten få anledning til å svare på selv, så langt det lar seg gjøre. Med psykisk vold menes ord, kroppsspråk og stemmebruk som krenker, truer og kontrollerer den andre (8).

## 2.7 Legemidler ved utredning/behandlingsstart

*Antall legemidler.*

*Antall psykofarmaka, hvis bruk av psykofarmaka, kryss av for hvilken type.*

## 2.8 Stimulantia/rusmidler

*Tobakk* (snuser nå, er et av alternativene under tobakk).

### **Alcohol Use Identification Test – Consumption (AUDIT-C)**

AUDIT-C er en kortversjon av AUDIT og brukes for å identifisere risikokonsum av alkohol og/eller drikking som kan utvikles til misbruk. AUDIT-C kan fylles ut av personen selv eller i samtale med en fagperson.

AUDIT-C består av 3 spørsmål og er hentet fra originalversjonen av AUDIT.

Tidsbruk 2-3 minutter.

Hvert spørsmål har 5 svaralternativ og gir fra 0 til 4 poeng. Max skår er 12 poeng

Cutoff grense for identifisering av risikofylt bruk:

Kvinner: En skår på 3 eller mer.

Menn: En skår på 4 eller mer.

Desto høyere skåren er, jo mer sannsynlig er det at pasientens alkoholkonsum kan føre til helseskader og utvikling av misbruk og avhengighet.

NB! Det er noe uenighet i litteraturen om hvor cutoff for risikofylt bruk bør gå, på samme måte som det er ulikheter mellom land på antall alkoholenheter som man definerer som risikofylt bruk. Det er dermed viktig å bruke klinisk skjønn og være bevisst på at økning i antall enheter og hyppighet vil kunne føre til økte helseskader ([www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no)).

*Tidligere overforbruk av alkohol?* Pasientens egne opplevelse av om alkoholforbruket har gått utover helsen, slik at det har gitt økt risiko for sykdom og skade.

*Bruk av andre rusmidler enn alkohol?*

## 2.9 Klinisk helhetsvurdering

*Klinisk helhetsvurdering ved behandlingsstart (CGI-S):*

Vurderes av behandler ved behandlingsoppstart og ved behandlingsslutt (CGI-I). Dette baseres på klinisk skjønn (10).

## 3.0 Kognitiv testing og kartlegging depresjon

Testene i registeret skal tas kortest mulig tid etter inndato. Dette for å minske variasjon på når testene tas. Dersom testene gjennomføres ved flere anledninger, skal første gjennomføring rapporteres i KVALAP.

### 3.1 Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Type test	Kartlegging av kognitive funksjoner
<b>Kilde</b>	Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Versjon 8.1 – © Z. Nasreddine, 2017
<b>Aldersintervall</b>	18-100
<b>Beskrivelse</b>	MoCA er vårt foretrukne screeningsverktøy i KVALAP for orienterende kartlegging av kognitive funksjoner innen områdene visuokonstruktiv/eksekutiv funksjon, benevning, oppmerksomhet, språk, abstraksjon, utsatt gjenkalling og orientering. Vi foretrekker MoCA fremfor MMSE fordi MoCA skiller bedre mellom normal kognitiv fungering og mild kognitiv svikt. MoCA finnes på norsk i flere versjoner (siste, pr juni 23, er v8.3). I arbeidsheftet til Kvalap finner du v8.1. Nye versjoner lages først og fremst for å forhindre re-testproblematikk og kan brukes når pasienten testes flere ganger med korte mellomrom (mindre enn tre måneder)
<b>Sertifisering</b>	Instruksjonsvideo og sertifisering er tilgjengelig på engelsk via <a href="http://www.mocacognition.com">www.mocacognition.com</a> .
<b>Instruksjon</b>	Opplæring og sertifisering er gratis for ansatte i offentlig helsetjeneste. Nedenfor er en instruksjon for v8.1. På <a href="http://mocacognition.com">mocacognition.com</a> kan du finne tilsvarende norske instruksjoner for versjonene 8.2 og 8.3. I Kvalap legger du inn subskår for hver av de 7 underdelene og sumskåre regnes automatisk ut.



<b>Skåring</b>	0 eller 1 poeng på hvert spørsmål. Maksimalt 30 poeng.
<b>Normer eller cutoff/grenseverdi</b>	MoCA påvirkes av alder, kjønn og utdanningsnivå. Aldring og helse har laget en «kalkulator» for beregning av z-skår og persentil ( <a href="#">MoCA-kalkulator - Nasjonalt senter for aldring og helse</a> ) Andre forhold som sansesvikt, manglende motivasjon, depresjon eller lignende kan påvirke testresultater i betydelig grad og må vurderes for hver enkelt.
<b>Tidsbruk</b>	Ca. 10-15 minutter.
<b>Informasjon</b>	.
<b>Utstyr</b>	Skjema i registersettet.

## Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (norsk oversettelse av instruksjon)

### Versjon 8.1

#### Instruksjoner om administrasjon og skåring

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) er designet som et verktøy for rask screening av milde kognitive forstyrrelser. Det måler ulike kognitive funksjoner: oppmerksomhet og konsentrasjon, eksekutive funksjoner, hukommelse, språk, visuokonstruktive ferdigheter, abstrakt tenkning, regneferdigheter og orientering. MoCA kan administreres av enhver helsearbeider som forstår og følger instruksjonene, men bare en helsearbeider med ekspertise innen kognitiv testing kan tolke resultatene. Det tar ca. 10 minutter å gjennomføre MoCA. Maksimal skåre er 30 poeng, men en skåre på 26 eller over regnes som normalt.

Alle instruksjoner kan gjentas én gang.

#### 1. Alternierende sporlagning:

Administrering: Undersøker sier til deltageren: *"Tegn en strek fra et tall til en bokstav i stigende rekkefølge. Begynn her [pek på (1)] og tegn en linje fra 1 til A og deretter til 2 og så videre. Slutt her [pek på (E)]."*

Skåring: Gi et poeng hvis deltageren tegner følgende mønster: 1 – A – 2 – B – 3 – C – 4 – D – 5 – E, uten at noen linjer krysser hverandre. Enhver feil som ikke umiddelbart blir selvkorrigert (betyr korrigert før en går videre til kubeoppgaven) medfører skåre 0. Det gis ikke poeng dersom deltageren tegner en strek som knytter slutten (E) til begynnelsen (1).

#### 2. Visuokonstruktive ferdigheter (Kube):

Administrering: Undersøker gir følgende instruksjon mens det pekes på kuben: *"Kopier denne figuren så eksakt som du kan på arket nedenfor."*

Skåring: Gi ett poeng for korrekt utført figur.

- Figuren må være tredimensjonal
- Alle linjer er tegnet
- Alle linjer møtes med liten eller ingen avstand.
- Ingen linjer er lagt til
- Linjene skal være forholdsvis parallelle og med lik lengde (rektangulære prizmer aksepteres)
- Kubens retning i rommet må beholdes.

Poeng gis kun dersom alle kriteriene over, er oppfylt.

#### 3. Visuokonstruktive ferdigheter (Klokketegning):

Administrering: Undersøker må sørge for at deltager ikke ser på sin klokke mens han/hun utfører oppgaven, og at ingen klokke er synlig. Undersøker viser til det aktuelle området på arket og gir følgende instruksjon: *"Tegn en klokke. Sett på alle tallene og sett tiden til 10 over 11"*.

Skåring: Gi ett poeng for hvert av de følgende tre kriteriene:

- Kontur (1 p.): Klokkekonturen må tegnes (enten en sirkel eller en firkant). Kun mindre avvik godtas (som for eksempel små avvik med hensyn til hvor sirkelen lukkes). Dersom tallene er ordnet som en sirkel, men konturen ikke er tegnet, blir konturen skåret som ikke korrekt.
- Tall (1 p.): Alle klokketallene må være til stede uten tilleggstill. Tallene må være i riktig rekkefølge, opprett og plassert omtrent i de riktige kvadrantene på klokkeskiven. Romertall godtas. Tallene må være ordnet som en sirkel (selv om konturen er firkantet). Alle tall må enten være plassert på innsiden eller på utsiden av klokkekonturen. Hvis deltageren plasserer noen tall på innsiden og noen på utsiden av klokkekonturen, får han/hun ikke poeng for tall.
- Visere (1 p.): Det må være to visere som til sammen viser riktig klokkeslett. Timeviseren må være klart kortere enn minuttviseren. Viserne må være sentrert på urskiven med forbindelsen mellom dem nær sentrum.

#### 4. Benevning:

Administrering: Begynn fra venstre; pek på hver figur og si: *"Si meg hva dette dyret heter"*.

Skåring: Ett poeng gis for hvert av følgende svar: (1) løve (2) neshorn (3) kamel eller dromedar.

#### 5. Hukommelse:

Administrering: Undersøker leser en liste med 5 ord med en hastighet på 1 ord i sekundet, og gir følgende instruksjon: *"Dette er en hukommelsestest. Jeg skal lese en liste med ord som du skal huske nå og senere. Hør nøye etter. Når jeg er ferdig, sier du så mange av ordene du husker. Det er ikke viktig hvilken rekkefølge du husker dem i."* Undersøker markerer i boksene under ordene, hvilke ord deltageren husker i første forsøk. Undersøkeren kan ikke rette på deltager dersom han/hun husker et omformet ord eller et ord som lyder som målordet. Når deltageren angir at hun/han er ferdig (har gjengitt alle ordene), eller ikke husker flere ord, les listen på nytt med følgende instruksjon: *"Jeg skal nå lese samme listen en gang til. Prøv å huske så mange ord du kan, også ordene som du sa første gangen."* Undersøker markerer igjen i boksene hvilke ord deltageren husker etter andre forsøk. Etter at deltageren har gjengitt ordene i andre forsøket, orienteres deltageren om at hun/han vil bli spurt om å huske ordene igjen senere med å si: *"Jeg kommer til spørre deg på nytt om å huske disse ordene på slutten av denne testen"*.

Skåring: Det gis ingen poeng for forsøkene en og to.

#### 6. Oppmerksomhet:

Tallrekke forlengs: Administrering: Gi følgende instruksjon: *"Jeg skal si noen tall, og når jeg er ferdig, skal du gjenta dem i samme rekkefølge som jeg sa dem"*. Les de fem tallene med en hastighet på ett tall i sekundet.

Tallrekke baklengs: Administrering: Gi følgende instruksjon: *"Nå skal jeg si noen flere tall, men etter at jeg har sagt dem, skal du gjenta dem i baklengs rekkefølge"*. Undersøker leser de tre tallene med en hastighet på ett tall i sekundet. Dersom deltageren gjentar i forlengs rekkefølge skal undersøker ikke be deltager om å gjenta tallene i baklengs rekkefølge på dette punktet.

Skåring: Gi ett poeng for hver riktig sekvens som repeteres (N.B.: riktig svar på tallrekke baklengs er 2-4-7).

Vedvarende oppmerksomhet (vigilans): Administrering: Undersøker leser listen med bokstaver med en hastighet på én bokstav i sekundet etter å ha gitt følgende instruksjon: *"Jeg skal lese en liste med bokstaver. Hver gang jeg sier bokstaven A skal du banke i bordet én gang. Hvis jeg sier andre bokstaver, skal du ikke banke."*

Skåring: Gi ett poeng ved 0–1 feil (en feil vil si å banke på gale bokstaver eller ikke å banke på bokstaven A).

Seriell subtraksjon med 7: Administrasjon: Undersøker gir følgende instruksjon: *"Nå vil jeg at du skal telle deg nedover fra 100 ved å trekke 7 fra 100 og så fortsette å trekke 7 fra svaret du kommer til, helt til jeg sier stopp."* Deltageren må bruke hoderegning, derfor kan han/hun ikke bruke fingrene eller blyant og papir for å utføre denne oppgaven. Undersøker kan ikke gjenta deltagers svar. Hvis deltageren spør hva som var hans/hennes siste svar eller hvilket tall han/hun skal subtrahere fra sitt svar, skal undersøker svare ved å gjenta instruksjonene dersom dette ikke allerede er gjort.

Skåring: Dette testleddet skal skåres ut fra 3 mulige poeng. Gi ingen (0) poeng for ingen riktige subtraksjoner, 1 poeng for én riktig subtraksjon, 2 poeng for 2 til 3 riktige subtraksjoner, og 3 poeng dersom deltageren klarer 4 eller 5 riktige subtraksjoner. Hver subtraksjon vurderes uavhengig; dvs. at dersom deltageren gjør en gal subtraksjon men fortsetter med korrekte subtraksjoner, skal det gis ett poeng for hver subtraksjon som likevel blir riktig. For eksempel kan en deltager si følgende rekke "92 – 85 – 78 – 71 – 64" hvor "92" ikke er korrekt, men alle påfølgende tall er riktig trukket fra. Dette er en feil og oppgaven vil bli gitt en skåre på 3.

### 7. Setningsrepetisjon:

Administrering: Undersøker gir følgende instruksjon: *"Jeg skal lese opp en setning. Gjenta etter meg, helt nøyaktig som jeg sier den (pause): **Det eneste jeg vet, er at Jon er den som skal hjelpe i dag.**"* Etter deltagerens respons si følgende: *"Nå skal jeg lese en annen setning". Gjenta etter meg, helt nøyaktig som jeg sier den (pause): **Katten gjemte seg alltid under sofaen når det var hunder i rommet.**"*

Skåring: Gi ett poeng for hver setning som gjentas korrekt. Gjentakelser må være eksakte. Vær oppmerksom på utelatelser (eksempelvis utelatelse av "eneste" eller "alltid") og på omskrivninger / tillegg (eksempelvis "Jon er den som hjalp i dag;" eller erstatte "gjemmer seg" for "gjemte seg", endringer fra flertall til entall osv.).

### 8. Verbal ordflyt:

Administrering: Undersøker gir følgende instruksjoner: *"Nå vil jeg at du sier så mange ord som du kan komme på, som begynner med bokstaven F. Jeg vil be deg om å slutte etter ett minutt.*

*Egennavn, tall og ulike former av et verb er ikke tillatt. Er du klar? (Ta tiden i 60 sek.). Stopp."* Hvis deltageren oppgir to ord etter hverandre som begynner med en annen av bokstavene i alfabetet, gjentar undersøker den rette bokstaven dersom instruksjonene ennå ikke har blitt gjentatt.

Skåring: Gi ett poeng hvis deltageren genererer 11 ord eller mer i løpet av 60 sekunder. Undersøker skriver ned deltagerens svar i margen eller på baksiden av testarket.

### 9. Abstraksjon:

Administrering: Undersøker ber deltageren å forklare hva hvert ordpar har til felles / hvordan de er like ved å starte med eksemplet: *"Jeg vil gi deg to ord og jeg ønsker at du sier meg hvilken kategori de hører hjemme i [pause]: en appelsin og en banan."* Hvis deltager svarer korrekt, svarer undersøker: *"Ja, begge tingene er del av kategorien*

*Frukt."* Dersom deltageren gir svar på en konkret måte, gir undersøker et ytterligere stikkord: *"Si meg en annen gruppe som disse tingene hører hjemme i."* Dersom deltageren ikke gir det rette svaret (*frukt*) si: *"Ja, og de hører også med til kategorien Frukt."* Det skal ikke gis ytterligere instruksjoner eller forklaringer.

Etter øvelsesoppgaven, sier undersøker: *"Nå et tog og en sykkel."* Etter at deltageren har svart, administreres andre ledd ved å si: *"Kan du så si meg på hvilken måte en linjal og en klokke er like?"* Et stikkord (ett for hele abstraksjonsdelen) kan bli gitt dersom det ikke ble brukt noe under eksempelet.

Skåring: Bare de to siste parene skåres. Gi ett poeng for hvert par det svares riktig på. Følgende svarene er godkjent:

- Tog – Sykkel = transportmidler, kan du reise med, du reiser på tur med begge
- Linjal – klokke = måleinstrument, brukes til å måle med.

Følgende svar er **ikke** godkjent:

- Tog – sykkel = de har hjul
- Linjal – klokke = de har tall

### 10. Utsatt gjenkalling:

Administrering: Undersøker gir følgende instruksjon: *”Jeg leste noen ord for deg for litt siden som jeg ba deg å huske. Si så mange av de ordene som du husker”*. Sett et merke for hvert av ordene som gjenkalles spontant, uten stikkord på angitt plass på arket.

Skåring: **Gi ett poeng for hvert ord som gjenkalles fritt uten noen form for stikkord. Hukommelsesindeks-skåre (MIS):**

Administrering: Etter forsøket på utsatt fri gjenkalling, kan man gi deltageren stikkord i form av semantiske kategorier, som er gitt nedenfor, for hvert ord som deltageren ikke husker. Eksempel: *”Jeg vil gi deg noen hint for å se om det hjelper deg med å huske ordene, det første ordet var en kroppsdel.”* Hvis deltageren ikke husker ordet ved hjelp av kategori som stikkord, kan du gi ham/henne et forsøk på flere valg som stikkord. Eksempel: *”Hvilket av de følgende ordene tror du det var, NESE, ANSIKT eller HÅND?”* Det gis stikkord på denne måten for alle ord som ikke ble gjenkalt spontant. Undersøker identifiserer de ordene som deltageren klarte å huske ved hjelp av et stikkord (kategori eller flere valg), ved å sette et merke (✓) på det rette stedet. Stikkordene for hvert ord vises nedenfor.

## 3.2 Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3)

Type test	Kartlegging av kognitive funksjoner
<b>Kilde</b>	MMSE-NR3: Carsten Strobel & Knut Engedal, 2016 (oppdatert 2021) (12).
<b>Aldersintervall</b>	18-100
<b>Beskrivelse</b>	MMSE-NR3 er et screeningsverktøy for orienterende kartlegging av kognitive funksjoner innen områdene hukommelse, orienteringsevne, språk, forståelse og visuokonstruksjon. Den brukes til kognitiv utredning og forløpskontroll ved demens, hjerneslag og andre sykdommer som påvirker kognitiv funksjon.
<b>Instruksjon</b>	Instruksjoner fremgår på MMSE-NR3 testark i registersettet, og her lenger ned. Utfyllende administrasjon og skåringsveiledning, samt brukermanual for MMSE-NR3, finnes på <a href="http://www.aldringoghelse.no">www.aldringoghelse.no</a> . MMSE-NR3 tatt ved innkomst gir et innblikk i pasientens ståsted ved behandlingsstart, samt brukes til bedre å forstå personens forutsetninger rundt testtidspunktet. Kun sumskår føres inn på registersettet.
<b>Skåring</b>	0 eller 1 poeng på hvert spørsmål. Maksimalt 30 poeng.
<b>Normer eller cutoff/grenseverdi</b>	MMSE-NR3 påvirkes av alder og utdanningsnivå, og cutoffs bør derfor brukes med forsiktighet. Andre forhold som sansesvikt, manglende motivasjon, depresjon eller lignende kan påvirke testresultater i betydelig grad. Følgende har vært presentert som <i>veiledende</i> (12,13), men det presiseres også at lav skår <i>kan</i> være forenlig med normal funksjon ved høy alder og lav utdanning samtidig som høy skår kan være forenlig med sykdom hos

	<p>yngre personer med høy utdanning og høy premorbid funksjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En skår mellom 28 og 30 poeng er en indikasjon på at kognitiv svikt sannsynligvis ikke foreligger.</li> <li>• En skår mellom 25 og 27 poeng kan være en indikasjon på at kognitiv svikt foreligger, og flere kognitive undersøkelser bør foretas.</li> </ul> <p>En skår på 24 eller lavere indikerer at det foreligger kognitiv svikt, og at videre undersøkelser er nødvendig for å kartlegge mulige årsaker til dette.</p>
<b>Tidsbruk</b>	Ca. 20 minutter.
<b>Informasjon</b>	På nettsidene <a href="http://www.aldringoghelse.no">www.aldringoghelse.no</a> (søk «undervisningsfilmer») finner du undervisningsfilmer om basal demensutredning bl.a. MMSE-NR3. Filmene gir informasjon om bakgrunnen for skjema og tester, praktisk bruk av skjemaene og skåringsveiledning.
<b>Utstyr</b>	Skåringsark i registersettet. Blyant og viskelær og tilsendt stimulusark.

## Instruksjon fra norsk revidert mini mental status evaluering (MMSE–NR3) (9)

### Administrasjons- og skåringsveiledning:

Screeningstesten MMSE-NR3 brukes til kognitiv utredning og forløpskontroll ved demens, hjerneslag og andre sykdommer som påvirker kognitiv funksjon, og for å vurdere behandlingseffekt, kognitiv egnethet for bilkjøring o.l. Testen alene er ikke tilstrekkelig til å diagnostisere demens. Diagnosekriteriene for demens må også være oppfylt. MMSE-NR3 supplerer annen utredning, som somatisk undersøkelse, legemiddelgjennomgang, komparentintervju (med bl.a. spørsmål om type/forløp/varighet av eventuell kognitiv svikt og endret ADL-funksjon) og vurdering av stemningsleie. Eksekutiv svikt, f.eks. etter hjerneslag og ved frontotemporal demens, kan være vanskelig å påvise med MMSE-NR3. Skår og kvalitativ utførelse kan over tid endre seg ved flere psykiatriske og somatiske sykdomstilstander og sykdomsfaser: av og til med bedre utførelse og skår, som ved behandling av depresjon eller delirium, eventuelt dårligere, som ved progredierende demens.

Testleder bør ha fått opplæring i bruk av MMSE-NR3 og kjenne til manualens innhold (se [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)). Gjennomføring som ikke er i tråd med retningslinjer for administrasjon, oppfølgende spørsmål og skåring, kan gi for høy eller lav skår. Dette kan få betydning for utredning, konklusjon, oppfølging og behandling. Følg derfor standardisert instruksjon under hver oppgave og overhold retningslinjer i manual og på skjema. Har pasienten lav norskspråklig kompetanse og annet morsmål enn norsk, bruk fagutdannet tolk (ikke slektninger) og språktilpasset stimulusark på oppgave 18.

Utfør testing en-til-en uten pårørende til stede. Slå av mobiltelefoner. Sørg for at pasienten ved behov bruker briller/hørselshjelpemidler. Minn eventuelt på bruk underveis. Unngå at pasienten ser skåring og svaralternativer på skjema. Les uthevet tekst høyt, langsomt og tydelig. Still samtlige spørsmål, også om pasienten har besvart oppgaveledd under tidligere stille spørsmål. All instruksjon kan gjentas med unntak av spesifiserte begrensninger på oppgave 12 og 17. Ikke gi hint om hvordan oppgavene kan løses eller om svar er rett eller galt. Skriv ordrett ned svar på hvert spørsmål. Pasienten kan på eget initiativ korrigere svar underveis. Ved flere svar på et spørsmål må pasienten velge hvilket svar som skal skåres. Dersom pasienten har vansker med å gi adekvate

muntlige svar, f.eks. ved afasi og andre talevansker, be pasienten prøve å skrive svar på eget ark. Lar heller ikke dette seg gjennomføre, bruk tilrettelagte MMSE-NR3 pekeark på aktuelle orienteringsoppgaver. Sett kryss i ruten for «0» ved feil svar og i ruten for «1» ved rett svar. Gi aldri ½ poeng. Gir pasienten utrykk for ikke å klare en eller flere av oppgavene, oppfordre likevel til å gjøre et forsøk. Gjenta oppfordring om nødvendig. Er pasienten ikke testbar på en oppgave pga. ikke-kognitiv funksjonsbegrensning, notér hvorfor og sett ring rundt ruten for «0». Inkluder likevel oppgaven i totalskåren, da totalskåren skal angis i antall poeng av 30 mulige (det er f.eks. ikke tillatt å gi 23 av 25 poeng).

Ved retesting: For å redusere læringseffekt fra tidligere testing, bytt til riktig oppgavesett (ordsett og starttall) som spesifisert på oppgave 11–13.

Lavere alder og høyere utdanning gir ofte bedre skår, likeså testing utført i omgivelser som er velkjente for pasienten pga. stedsorienteringsoppgavene. Notér faktorer som kan påvirke utførelse negativt, så som liten eller ingen skolegang, høy alder, svekket syn/manglende briller, svekket hørsel, dårlig dagsform, smerter, lav oppgaveinnsats, trettbarhet, afasi, lese- og skrivevansker, dyskalkuli, ikke-kognitiv funksjonsbegrensning, skriving/tegning med ikke-dominant hånd (f.eks. ved lammelse), rusmidler (inkl. alkohol), akutt somatisk sykdom, depresjon, lav norskspråklig kompetanse, stress og testangst. Legemiddeleffekter kan tidvis påvirke resultat negativt/positivt og krever egen vurdering. Totalskår alene gir ikke informasjon om spesifikke kognitive sviktområder som kan være diagnostisk og klinisk relevante. Journalfør derfor også påfallende utførelse (lang tidsbruk, mange korrigeringer o.l.), og hvilke oppgaver pasienten ikke får til. Skåringsprofil og kvalitativ vurdering av utførelse kan i tillegg gi informasjon om kognitive restressurser og kompenserende mestringsstrategier som kan være nyttige for tilrettelegging av aktivitet og samhandling.

### 3.2 Norsk Revidert Klokketest (KT-NR3)

Type test	Screeningtest ved mistanke om demens
<b>Kilde</b>	Klokketest har vært brukt fra 1950-tallet og finnes i mange ulike versjoner. Norsk versjon ved Strobel et al., 2016, oppdatert 2018 (14).
<b>Aldersintervall</b>	Anbefalt for voksne, ikke nærmere angitt.
<b>Beskrivelse</b>	Screeningtesten KT-NR3 brukes til kognitiv utredning og forløpskontroll ved demens, hjerneslag og andre sykdommer som påvirker kognitiv funksjon, og for å vurdere behandlingseffekt, kognitiv egnethet for bilkjøring o.l. Klokketesten fanger først og fremst opp pasientens evne til å orientere seg og handle i rom, og setter samtidig krav til planlegging, oppmerksomhet og tallforståelse. Testen kan avdekke svikt både i semantisk hukommelse (kunnskap om hvilke tall som er på en klokke og deres plassering), rom-, retnings- og tidsorienteringsevne, visuell persepsjon, visuell oppmerksomhet (visuell neglekt m.m.) og eksekutiv funksjon (evne til abstrakttening og planmessig utførelse). Bruk av KT-NR3 forutsetter at pasienten kunne klokken før sykdommen startet. Testresultatet kan påvirkes negativt av svekket syn og/eller hørsel, dårlig dagsform, lav oppgaveinnsats, afasi, dyskalkuli, tremor, smerte, nedsatt

	førlighet, utførelse med ikke- dominant hånd, høy alder og lav utdanning.
<b>Instruksjon</b>	<p>Utvidet instruksjon, se nedenfor.</p> <p>Hvis pasienten er misfornøyd med sin utførelse kan den gis et nytt forsøk på et egenkopiert, nytt ark (trenger ikke legges ved registersettet ved innsending), og beste forsøk skåres, samtidig som det noteres hvilket forsøksnummer som er poengsatt.</p> <p>Ved vansker kan videre testing med klokkekopiering gi diagnostisk og klinisk relevant informasjon om utførelse primært skyldes eksekutiv eller visuospatial svikt, eller om pasienten ikke kan klokken (personer som ikke klarer å tegne eller kopiere en klokke, kan likevel ofte lese klokken korrekt). Ved primært eksekutiv svikt er fri utførelse redusert, kopiering ofte bedre. Ved hovedsakelig visuospatial svikt er kopiering ofte like redusert som fri utførelse, klokkekopiering skåres ikke i KVALAP. På hjemmesidene til Aldring og helse finnes andre tester man eventuelt kan gå videre med: Klokkekopieringstest, Viserplasseringstest og Klokkelesningstest (KLT-NR). Kun skår føres i registersettet.</p>
<b>Skåring</b>	0-5 poeng, for skåring, se under.
<b>Cutoff/grenseverdi</b>	4-5 poeng godkjent, 0-3 poeng ikke godkjent (14). Det varierer i hvor stor grad alder og utdanningsnivå påvirker klokketesten (15).
<b>Tidsbruk</b>	2-5 minutter.
<b>Informasjon</b>	På nettsidene <a href="http://www.aldringoghelse.no">http://www.aldringoghelse.no</a> (søk «undervisningsfilmer») finner du undervisningsfilmer om basal demensutredning bl.a. klokketest. Filmene gir informasjon om bakgrunnen for skjemaene og testene, praktisk bruk av skjemaene og skåringsveiledning.
<b>Utstyr</b>	Skåringsark i registersettet. Blyant, viskelær og retningsgivende skåringsillustrasjoner, se under.

### Instruksjon og skåring fra norsk revidert klokketest (KT-NR3) (14)

Utfør testing en-til-en uten pårørende til stede. Sørg for at pasienten ikke kan se på noen klokker ved utførelse. Pasienten får ikke rotere testarket ved tallinnsettelse (hold på testarket om nødvendig). Les **uthevet** tekst høyt, langsomt og tydelig. Gjenta instruksjon ved behov.

1. Legg blyant, viskelær og testarket med ferdig sirkel på bordet foran pasienten (ha flere testark tilgjengelig for eventuell umiddelbar retest). Si: **Tenk deg at denne sirkelen forestiller en klokke. Uten å se på en annen klokke, sett inn alle timetallene der de skal være slik som en vanlig klokke. Gjør det så nøyaktig som mulig.** Sørg for at pasienten ved behov bruker briller/ hørselshjelpemidler.

Pasienten kan på eget initiativ markere senter av sirkelen, men det er ikke tillatt at testleder gjør dette. Setter pasienten kun inn noen tall (f.eks. 3, 6, 9, 12), gjenta instruksjon og legg vekt på ordene *alle timetallene* og *vanlig*. Små markeringsstreker, der tall skal stå, godtas så lenge alle tall også er med. Tegnes «stoppeklokke» (tall 1–60 eller kun 15, 30, 45, 60) eller settes hjelpestreker gjennom klokken (så den deles i sektorer), skal TL stoppe dette. Start med nytt testark. Gjenta instruksjon og legg vekt på ordet *vanlig*. Presiser ved behov at sektorinndeling ikke er tillatt. Deles på nytt klokken inn i sektorer eller tegnes nok en «stoppeklokke», la pasienten fullføre testen og noter hvorfor utførelse ikke er godkjent.

2. Etter at pasienten har satt inn tall (uavhengig av om tall er feilplassert/gjentatt/utelatt tross gjentatt instruksjon), si: **Tegn nå viserne slik at klokken er *nøyaktig* ti over elleve.** Bruk alltid klokkeslettet ti over elleve.

Er pasienten misfornøyd med utførelse, be pasienten korrigere. Vil pasienten endre mye, bruk nytt testark. Skår beste forsøk. Er testleder i tvil om utførelse er godkjent eller valid/gyldig (ved misoppfattet instruksjon, slurv, lav oppgaveinnsats, i grenseområdet godkjent/ikke godkjent o.l.), utfør testen på nytt testark.

Ved rett klokkeslett (minuttviser +/-  $\leq 1$  min fra ti over elleve og timeviser i området rett før 11 til nærmere 11 enn 12) og omtrent like lange visere, si: **Viserne er like lange. Hvilken skal være lang, hvilken skal være kort?** 5 poeng om korrekt, 4 poeng ved ombyttede visere.

Ved rett klokkeslett og tall 12–23/13–24 eller tall 1–12 i snudd rekkefølge, bruk nytt testark og si: **Sett inn tall på nytt. Jeg vil nå at du *kun* setter inn de timetallene som er på en helt *vanlig* klokke, der de skal være.** Etter at tall er satt inn, si: **Tegn nå inn viserne slik at klokken er *nøyaktig* ti over elleve.** Settes visere riktig, men igjen kun tall 12–23/13–24 eller 1–12 i snudd rekkefølge, gi 3 poeng. Settes derimot nå visere og alle tall 1–12 eller 1–24 (1–12 og 13–24 i doble tallsett) på rett plass, gi 5 poeng.

**Klokkeslett:** 4 poeng ved små plasseringsfeil av visere, dvs. minuttviser  $> +/- 1$  min og  $< +/- 4$  min fra rett klokkeslett, eventuelt timeviser nærmere 12 enn 11, eller nærmere 11 enn 10. 3 poeng ved minuttviser feilplassert  $\geq +/- 4$  min fra rett klokkeslett, eventuelt timeviser  $\geq 12$ , eller nærmere 10 enn 11.

**Innbyrdes avstand mellom startpunkt visere eller avstand mellom startpunkt visere og senter:** 5 poeng ved rett klokkeslett når innbyrdes avstand mellom startpunkt for visere er  $\leq 1$  cm fra hverandre og til senter av sirkel. 4 poeng ved rett klokkeslett når visere starter  $> 1$  cm og  $\leq 2$  cm fra hverandre eller fra senter av sirkel.

3 poeng ved rett klokkeslett når visere starter  $> 2$  cm fra hverandre eller fra senter av sirkel. Antall poeng bestemmes av den utførelsesfeilen som gir lavest poengskår (se skåringstabell på testark i registersett og retningsgivende illustrasjonsark) med ett unntak: Dersom *begge* visere er riktig plassert mot korrekt plasserte tall 11 og 2 (eller 23 og 14), gi 3 poeng (og *ikke* lavere skår) selv om tall er gjentatt, stokket om på og/eller utelatt tross gjentatt instruksjon. Flere utførelsesfeil på poengnivået som gir *lavest* poengskår reduserer ikke skåren ytterligere. Ikke godkjent klokke (0 – 3 poeng) indikerer mulig kognitiv svikt som må undersøkes grundigere. Godkjent klokke (4 og 5 poeng) utelukker ikke kognitiv svikt dersom pasienten brukte svært lang tid, viste stor usikkerhet eller annet påfallende ved utførelse. Journalføring av utførelse (ingen visere, tall kun i halve sirkelen o.l.) i tillegg til skår er derfor klinisk mer informativt enn bare poeng eller oppsummeringer som



«patologisk klokketest».

**KT-NR3: RETNINGSGIVENDE ILLUSTRASJONSARK, SKÅRINGSEKSEMPLER**

Carsten Strobel, Olav Aga, Peter Bekkhus-Wetterberg, Martin Brerley, Martin Bystad, Knut Engedal, Cecilie Gaustad, Hans Johansen & Katinka Odner, 2018

<p><b>5 poeng</b></p> <p>Visere riktig (i sektorer for 5 poeng). Alle tall 1–12 på rett plass utenfor sirkel.</p> <p>Alle tall 1–12 og visere på rett plass. At enkelte tall er noe rotert, er uten betydning for skåring.</p> <p>Visere riktig. Alle tall 1–12 på rett plass på sirkel. Ulik størrelse på tall er uten betydning for skåring.</p> <p>Rett klokkeslett og tall. Se bort fra tredje viser dersom PAS angir den som sekundviser.</p> <p>Visere og doble tallsett 1–12 og 13–24 på rett plass. Retning på ev. «viserpil» er uten betydning for skåring.</p> <p>Rett klokkeslett og tall (romertall trenger ikke stå rotert).</p> <p>Rett klokkeslett og tall. Viserne starter <math>\leq 1</math> cm fra hverandre og fra senter av sirkel.</p>							
<p><b>4 poeng</b></p> <p>Visere mot riktige tall. Alle tall 1–12 i rekkefølge, men med plasseringsfeil.</p> <p>Visere mot riktige tall. Alle tall 1–12 i rekkefølge, men med plasseringsfeil.</p> <p>Visere riktig. Alle tall 1–12 i rekkefølge, men plassert både innenfor, på og/eller utenfor sirkel.</p> <p>Visere riktig. Alle tall 1–12 i rekkefølge, men plassert langt inn fra sirkel.</p> <p>Visere mot 11 og 2, men visere er like lange og PAS svarer feil på hva som er time- og minuttviser.</p> <p>Rett klokkeslett og tall, men viserne starter <math>&gt; 1</math> cm og <math>\leq 2</math> cm fra senter av sirkel.</p> <p>Rett klokkeslett og tall, men timeviser starter <math>&gt; 1</math> cm og <math>\leq 2</math> cm fra senter av sirkel.</p>							
<p><b>Skåring KT-NR3. Godkjent klokke: 4 og 5 poeng. Ikke godkjent klokke: 0–3 poeng. Antall poeng bestemmes av den utførelsesfeilen som gir lavest poengskåre med ett unntak: Dersom begge visere er riktig plassert mot korrekt plasserte tall 11 og 2 (eller 23 og 14), gi 3 poeng (og ikke lavere skåre) selv om tall er gjentatt, stokket om på og/eller utelatt tross gjentatt instruksjon også etter umiddelbar retest på nytt testskjema (se klokke 3 og 4, 3 poeng)*</b></p>							
<p><b>3 poeng</b></p> <p>Visere riktig, men tall 12–23 (ev. 13–24) også etter umiddelbar retest.</p> <p>Visere riktig, men blandede tall (01, 02, 15, 16) også etter umiddelbar retest.</p> <p>* Visere riktig, men tall gjentatt (6) og/eller utelatt (3, 7, 9), også etter umiddelbar retest.</p> <p>* Visere riktig, men tall gjentatt (18) og/eller utelatt (15, 19, 21), også etter umiddelbar retest.</p> <p>Visere mot 11 og 2, men tall 1–12 i snudd rekkefølge også etter umiddelbar retest.</p> <p>Visere mot 11 og 2, men «minuttviser» starter <math>&gt; 2</math> cm fra hverandre og fra senter av sirkel også etter umiddelbar retest.</p> <p>Visere mot 11 og 2, men viserne starter <math>&gt; 2</math> cm fra senter av sirkel også etter umiddelbar retest.</p>							
<p>Minuttviser plassert riktig, men stor plasseringsfeil (i sektor for 3 poeng).</p> <p>Timeviser plassert riktig, men stor plasseringsfeil (i sektor for 3 poeng).</p> <p>Time- og minuttviser i sektorer for 3 poeng. Flere feil på samme poengnivå reduserer ikke skåren ytterligere.</p> <p>Timeviser i sektor for 3 poeng, minuttviser i sektor for 4 poeng. Antall poeng bestemmes av utførelsesfeilen som gir lavest poengskåre.</p> <p>Alle tall 1–12 på rett plass, men stor plasseringsfeil minuttviser (i sektor for 3 poeng).</p> <p>Stor plasseringsfeil minuttviser. Ekstra 10-tall når visere tegnes inn gir ikke ytterligere poengtrekk.</p>						<p><b>Generelt:</b></p> <p>Små markeringsstreker i tillegg til tall skrevet med siffer er tillatt, men strekene kan ikke erstatte tall. Tallord (en, ti) kan heller ikke erstatte tall skrevet med siffer (1, 10).</p>	
<p><b>2 poeng (Gi maks 2 poeng ved kun én viser/strek eller ved mer enn to visere, med unntak for tre visere dersom PAS angir den ene som sekundviser)</b></p> <p>Alle tall 1–12 på rett plass, men kun én viser.</p> <p>Alle tall på rett plass og visere mot rett klokkeslett, men kun én viser/strek også etter umiddelbar retest.</p> <p>Kun én viser. Ekstra 10-tall når visere tegnes inn gir ikke ytterligere poengtrekk.</p> <p>Alle tall 1–12 på rett plass, men forgrenet viser mot feil klokkeslett regnes kun som én viser.</p> <p>Tall 1–24 etter hverandre i én sirkel også etter umiddelbar retest.</p> <p>Alle tall 1–12 på rett plass, men mer enn to visere.</p>							<p>Sektorinndeling/ hjelpestreker gjennom klokken er ikke tillatt. Start med nytt testark.</p>
<p><b>1 poeng (Gi maks 1 poeng ved ingen visere)</b></p> <p>Alle tall 1–12 på rett plass, men ingen visere.</p> <p>Tall kun i halve sirkelen og tall gjentatt (12). Flere feil på samme poengnivå reduserer ikke skåren ytterligere.</p> <p>Feil klokkeslett og tall gjentatt (ensbetydende tall 12 og 24) også etter umiddelbar retest.</p> <p>Feil klokkeslett og tall gjentatt (ensbetydende tall 12 og 24) også etter umiddelbar retest.</p> <p>Tall over 24. Ekstra sirkel er uten betydning for skåring.</p> <p>Tall utelatt tross gjentatt instruksjon og ingen visere. Flere feil på samme poengnivå reduserer ikke skåren ytterligere.</p>							<p><b>0 poeng</b></p> <p>Ikke noen tall skrevet med siffer, kun tallord.</p>

### KT-NR3: RETNINGSGIVENDE ILLUSTRASJONSARK, SKÅRING AV VISERE

Carsten Strobel, Olav Aga, Peter Bekkhus-Wetterberg, Martin Brierley, Martin Bystad, Knut Engedal, Cecilie Gaustad, Hans Johansen & Katriina Othier, 2018

- For å tydeliggjøre vurderingskriterier er hvert minutt i illustrasjon 1 og 2 markert • eller ●.
- Antall poeng bestemmes av den utførelsesfeilen som gir lavest poengskåre (se skåringstabell på testskjema KT-NR3 og de 2 retningsgivende illustrasjonsarkene) med ett unntak: Dersom *begge* visere er riktig plassert mot korrekt plasserte tall 11 og 2 (eller 23 og 14), gi 3 poeng (og *ikke* lavere skåre), selv om tall er gjentatt, stokket om på og/eller utelatt tross gjentatt instruksjon også etter umiddelbar retest på nytt testskjema.
- Flere utførelsesfeil på poengnivået som gir *lavest* poengskåre (f.eks. 2 eller flere ulike feil på nivå for 3 poeng) reduserer *ikke* skåren ytterligere.
- Alle visertyper (også korte streker, kun spisser eller kryss) godtas dersom de settes inn når PAS bes om å sette inn visere. Gi maks 2 poeng ved kun én viser/strek, gi maks 1 poeng ved ingen visere, se «KT-NR3: Retningsgivende illustrasjonsark, skåringseksempler».

**ILLUSTRASJON 1**  
Poengsetting for plassering av timeviser og minuttviser for klokkeslettet ti over elleve

**A: poengsektorer for timeviser**

**B: poengsektorer for minuttviser**

Viser i sektor for 5 poeng  
 Viser i sektor for 4 poeng (Liten plasseringsfeil)  
 Viser i sektor for 3 poeng (Stor plasseringsfeil)  
- - - - -> Feilplassert viser

4 poeng ved små plasseringsfeil av viser(e):  
 A: timeviser nærmere 12 enn 11, eller nærmere 11 enn 10 eller  
 B: minuttviser > +/- 1 min og < +/- 4 min fra rett klokkeslett

3 poeng ved stor(e) plasseringsfeil av viser(e):  
 A: timeviser rett mot 12 eller forbi 12, eller nærmere 10 enn 11 eller  
 B: minuttviser ≥ +/- 4 min fra rett klokkeslett

Står timeviser (ev. minuttviser) i sektor for 5 poeng, men minuttviser (ev. timeviser) i sektor for 4 eller 3 poeng, gi henholdsvis 4 eller 3 poeng (se rødstiplede feilplasserte visere) under forutsetning av at tall (hvilke tall som er med og deres plassering) ikke gir en ytterligere redusert skåre, se skåringstabell på testskjema KT-NR3.

**ILLUSTRASJON 2**  
Poengsetting for:

**I:** avstand i cm fra visernes startpunkt til senter av sirkel  
**II:** innbyrdes avstand i cm mellom visernes startpunkt

I: avstand viser til senter ≤ 1 cm = 5 poeng  
 I: avstand viser til senter > 1 cm og ≤ 2 cm = 4 poeng (Liten plasseringsfeil)  
 I: avstand viser til senter > 2 cm = 3 poeng (Stor plasseringsfeil)

↔ II: avstand mellom visere ≤ 1 cm = 5 poeng  
↔ II: avstand mellom visere > 1 cm og ≤ 2 cm = 4 poeng (Liten plasseringsfeil)  
↔ II: avstand mellom visere > 2 cm = 3 poeng (Stor plasseringsfeil)

Selv ved alle tall 1–12 på rett plass og visere mot 11 og 2 blir poengskåre kun 4 eller 3 poeng dersom enten:  
**I:** avstand mellom visernes startpunkt og senter av sirkel er > 1 cm og ≤ 2 cm (4 poeng) eller > 2 cm (3 poeng) eller  
**II:** innbyrdes avstand mellom visernes startpunkt er > 1 cm og ≤ 2 cm (4 poeng) eller > 2 cm (3 poeng).

13.06.2018 Design: Katriina Othier

### 3.3 Montgomery - Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

<b>Type test/skjema</b>	<b>Måler dybden av en depressiv tilstand</b>
<b>Kilde</b>	Montgomery, Asberg (1979) (16)
<b>Beskrivelse</b>	<p>MADRS er opprinnelig et 10-punkts klinisk intervju for fagpersonell.</p> <p>En vanlig MADRS gradering er «semistrukturert» gjennom at behandler har en viss fleksibilitet i måten å spørre. En kan også bruke opplysninger fra pårørende og pleiepersonell ved skåringen. Dette anses å være den klinisk beste graderingsmåten.</p> <p>MADRS er følsom for forandring av tilstand og kan derfor også brukes som mål på behandlingseffekt.</p> <p>Det er også utarbeidet en strukturert versjon, som er blitt oversatt til norsk av professor Odd Lingjærde (15). Spørsmålene fra den norske versjonen kan brukes som støtte i det semistrukturerte intervjuet, se under.</p>
<b>Instruksjon</b>	<p>Det er utarbeidet strukturerte spørsmål til MADRS som også finnes i en norsk versjon av professor Odd Lingjærde (15). Disse spørsmålene kan hjelpe i den semistrukturerte intervjuversjonen som brukes i KVALAP.</p> <p>Kun sum skår føres i registersettet.</p>
<b>Skåring</b>	<p>Se brukerveiledning utarbeidet av Ulrik Fredrik Malt (15).</p> <p>Punkt 1 skal fylles ut på grunnlag av observasjon, når intervjuet er over. De øvrige punktene skal fylles ut ved å intervju pasienten. Man skal vektlegge pasientens svar uten å tolke dem.</p> <p>Still spørsmålene i den rekkefølge de forekommer. Sett kun et kryss for hvert symptom.</p> <p>Skåringen 1,3 eller 5 velges hvis man er i tvil om svaret passer best til punktet over eller under. Vektlegg tilstanden de siste tre dagene. Ved døgnvariasjon, vektlegg den tid på døgnet hvor pasienten er mest deprimert.</p>
<b>Cutoff/grenseverdi</b>	<p>Generelt foreslås følgende grenser for vurdering av depresjonsdybde (15):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-6 ikke deprimert</li> <li>• 7-11 kan uttrykke lett forstemning</li> <li>• 12-22 lett deprimert</li> <li>• 23-29 moderat deprimert</li> <li>• 30-34 alvorlig deprimert</li> <li>• 35-60 svært alvorlig deprimert</li> </ul> <p>Engedal et al. foreslår en cutoff for depresjon på <math>\geq 16/17</math> for personer uten demens i alderspsykiatri (18).</p>
<b>Utstyr</b>	Skjema i registersettet.

Strukturerte spørsmål:

Tristhet

Hvis det ikke allerede i den innledende samtalen fremgår at pasienten er deprimert:  
Hvordan er det med humøret ditt?

Hvis det allerede er klart at pasienten er deprimert, eller som oppfølging av foregående spørsmål:

Kan du forsøke å beskrive hvor deprimert, trist og fortvilet du føler deg nå?  
Har du lysere øyeblikk innimellom, f.eks. hvis det skjer noe oppmuntrende eller gledelig?

Indre spenning

Føler du deg for tiden engstelig, anspent eller urolig innvendig?

Redusert søvn - øket søvnbehov

Hvordan har det vært med søvnen din de siste nettene? Har du sovet mindre enn du pleier, eller har du kanskje tvert imot sovet mer enn vanlig?

Svekket appetitt

Hvordan har det vært med matlysten din de siste dagene?

Konsentrasjonsvansker

Har du de siste dagene hatt vanskelig for å samle tankene eller å konsentrere deg om det du holder på med?

Initiativløshet

Synes du at det under din nåværende tilstand er vanskelig å komme i gang med ting, for eks. dagligdagse gjøremål som å stelle seg, kle seg, lage mat osv.?

Svekkede følelser og interesser

Synes du at du for tiden har mindre evne til å føle noe for ting som foregår omkring deg, at du har mindre interesse for eller glede av ting som du tidligere satte pris på, som for eks. å se på TV, høre musikk, lese eller gå tur?

Synes du at du har mistet noe av evnen til å føle noe for andre mennesker, venner og pårørende?  
(For eks. bli glad når de er glade, eller føle med dem når de er triste for ett eller annet?)

Depressivt tankeinnhold

Er du for tiden plaget av triste tanker, for eks. om at du ikke strekker til, at du har gjort ting du angrer sterkt på, eller at du er et dårlig menneske?  
Ser du optimistisk på framtiden?

Suicidaltanker

Hvordan er det med din livslyst for tiden - synes du fortsatt at livet er verd å leve?

*Hvis pasienten gir uttrykk for at livet ikke er verd å leve:*

Har du tanker om at du like gjerne ville ha vært død?

Hvis bekreftende:

Har du tanker om at det ville være en mulig løsning å ta ditt eget liv?

### 3.4 Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD)

<b>Type skjema</b>	<b>Skala for depresjon</b>
<b>Kilde</b>	Georg S. Alexopoulos, M.D. (1988) (19). Oversatt til norsk ved Dag Årslund, 2011.
<b>Beskrivelse</b>	Utviklet for å kartlegge tegn og symptomer på alvorlig depresjon hos personer med demens, men kan også brukes hos pasienter uten demens. I KVALAP baseres utfyllingen av skalaen på observasjoner og/eller intervju med en som kjenner pasienten godt. På sengepost kan det være helsepersonell som kjenner pasienten. Ved poliklinisk konsultasjon besvares det av komparent og skjemaet kan fylles ut før poliklinisk time. I originalversjonen av Cornell inngår både intervju av pasient og komparent, mens versjonen i KVALAP kun baserer seg på intervju med enten komparent-primært, helsepersonell når pasienten er innlagt på sengepost eller alternativt med pasient.
<b>Instruksjon</b>	Jeg kommer til å stille deg spørsmål om hvordan pasienten har følt seg <i>i løpet av den siste uken</i> . Jeg er interessert i endringer du har lagt merke til, og varigheten av disse endringene. Kun sumskår føres inn i registersettet.
<b>Skåring</b>	Skåringen gjøres på bakgrunn av symptomer og tegn som har vært til stede siste uka før kartleggingen. Det skal ikke skåres hvis symptomene skyldes kroppslig funksjonshemming eller sykdom. Sett ett kryss ved hvert spørsmål. Hvert element skåres ut fra alvorlighetsgrad på en skala fra 0-2: (0=ikke til stede, 1=moderat eller bare periodevis til stede, 2= mye til stede). Skåringene fra elementene summeres. Maksimalt 38 poeng. Ytterligere informasjon om administrasjon og skåring er utarbeidet av Gjæra, Gausdal, Engedal (2014) (20).
<b>Cutoff/grenseverdi</b>	Det er gjort valideringsstudier som har foreslått en cutoff på 7/8, uavhengig av om pas har demens eller ikke. Disse tallene er basert på eldre personer (>80) (21,22).
<b>Utstyr</b>	Skåringsark i registersettet.

### 3.5 Geriatric Anxiety Index (GAI)

<b>Type skjema</b>	<b>Fungering i hverdagen</b>
<b>Kilde</b>	Pachana, N.A., et al 2007 (23) Massena, P.N., et al., 2014 (24) Pachana, N.A and Byrne, G. 2012 (25)
<b>Beskrivelse/instruksjon</b>	Geriatric Anxiety Inventory (GAI) er et nytt måleredskap for å måle angst blant eldre (23, 24, 25). Dette er et spørreskjema

	<p>med 20 spørsmål. For utfylling av GAI må pasientene være i stand til å kommunisere verbalt og forstå spørsmålene som blir stilt. Det er avgjørende at pasienten kan huske symptom fra de siste ukene og ikke har så alvorlig kognitiv svikt at gjennomgang av skjemaet blir umulig. Skalaen er oversatt med tilpassinger til flere språk og validert som et godt måleredskap (23,24)</p> <p>Pasienten skal krysse av for hvert utsagn i forhold til hvordan han/hun har følt seg i løpet av siste uka. Det merkes av under ENIG dersom pasienten for det meste er enig i at utsagnet beskriver han/henne, og det merkes av under UENIG hvis pasienten for det meste er uenig i at utsagnet beskriver han/henne. GAI kan også gjennomføres som intervju. Kun sumskår for antall enige føres inn i registersettet.</p>
<b>Skåring</b>	<p>En grenseverdi på 8/9 har vært foreslått for å definere behandlingstrengende angst («anxiety state» på engelsk), mens flere har benyttet en grenseverdi på 10/11 som tilsvarer diagnostisering av <i>generalized anxiety disorder</i> (GAD) (25). Ulike grenseverdier kan forklares av at man i ulike studier har undersøkt ulike populasjoner, men kan òg være et uttrykk for kulturelle forskjeller.</p>
<b>Utstyr</b>	Spørreskjema i registersettet.

### 3.6 Instrumentelle- og personnære aktiviteter i dagliglivet (I-ADL og P-ADL)

Type skjema	Fungering i hverdagen
<b>Kilde</b>	Lawton, MP and Brody, EM (1969) (26). Vittengl J. R., White C. N., McGovern R. J., Morton B. J. (2007) (27).
<b>Beskrivelse/instruksjon</b>	<p>To skjema som kartlegger pasientens mestring av instrumentelle aktiviteter og personnære aktiviteter i dagliglivet.</p> <p>Besvares av komparent ved intervju eller selvutfylling. Ved opphold på sengepost kan det besvares av helsepersonell, eventuelt i samarbeid med komparent. Skjema kan fylles ut før poliklinisk time og /eller før innleggelse i sengepost. Det anbefales at skjemaene blir gjennomgått under intervju etterpå.</p> <p>Kun sumskår føres inn i registersettet.</p>
<b>Skåring</b>	<p>Sett kun ett kryss på hvert spørsmål.</p> <p>Hvis personen aldri har utført aktiviteten, eller ikke utfører</p>

	<p>aktiviteten nå, prøv å angi hvordan han/hun ville greid aktiviteten i sin nåværende tilstand.</p> <p>Jo høyere skår på et område, jo mer sannsynlig er det at pasienten kan ha behov for hjelp på det området.</p> <p>I eldre versjon av ADL skjema var det mulig å krysse av for «ikke aktuelt», hvis en person overhodet ikke utførte aktiviteten av ikke-kognitive årsaker. Dette alternativ er fjernet, da det ikke er med i Lawton and Brodys originale versjon, og kan lede til misforståelser. Hvis en person er så svekket at oppgaven er umulig å gjennomføre skal høyeste skår settes.</p>
<b>Utstyr</b>	Spørreskjema i registersettet.

### 3.7 Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly (IQCODE)

<b>Type test/skjema</b>	<b>Spørsmål til pårørende om endringer i kognitiv fungering</b>
<b>Kilde</b>	Jorm AF & Jacomb PA (1989) (28). Jorm AF (2004) (29).
<b>Beskrivelse/instruksjon</b>	Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly (IQCODE), vurderer om pasienten har endret kognitiv fungering over de siste 10 år. Spørreskjemaet kartlegger endringer i kognitiv fungering. Det kan gjennomføres som intervju hvis det er mest hensiktsmessig. Besvares av komparent, som bes om å ta utgangspunkt i hvordan pasienten er i dag sammenlignet med for ti år siden. Skjema kan fylles ut før poliklinisk time/innleggelse i avdelingen. Dersom komparent er usikker på hvordan de skal besvare enkelte av spørsmålene, må man være behjelpelig. Det anbefales derfor at skjemaet blir gjennomgått under intervju etterpå. Kun sumskår føres inn i registersettet.
<b>Skåring</b>	Hvert spørsmål skåres på en skala fra 1-5, der 1 betyr «mye bedre» og 5 betyr «mye verre». Alle skårene summeres, og totalsummen deles på antall spørsmål besvart for å få en gjennomsnittsskår.
<b>Cutoff/grenseverdi</b>	Flere grenseverdier er publisert. En gjennomsnittsskår på 3,44 eller høyere brukes ofte som indikasjon på en sannsynlig demens (29).
<b>Utstyr</b>	Spørreskjema i registersettet



### 3.8 Klinisk demensvurdering (KDV)

Kryss av i den rubrikken som passer best for pasienten, under de seks domenene.

<b>Type skjema</b>	<b>Kognitiv svikt, mulig demens og eventuelt grad av demens</b>
<b>Kilde</b>	Hughes et al. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia (30). Morris (1993) The CDR: current version and scoring rules (31)
<b>Beskrivelse</b>	KDV er en global skala som vurderer både kognitiv funksjon og funksjon i dagliglivet basert på all informasjon innhentet fra både pasient og komparent, samt helsepersonell. Basert på dette kan graden av kognitiv svikt og demens vurderes. Norsk versjon fra Aldring og helses hjemmeside. <a href="https://ah-web-prod.s3.amazonaws.com/documents/Klinisk_demensvurdering_KDVb.pdf">https://ah-web-prod.s3.amazonaws.com/documents/Klinisk_demensvurdering_KDVb.pdf</a>
<b>Skåring</b>	Ved skåring skal det bare tas hensyn til pasientens mentale evner. Dersom somatisk funksjonssvikt er årsaken til at pasienten ikke fungerer tilfredsstillende på et eller flere områder, skal man korrigere for dette ved utfylling av skjemaet. Marker bare for ett svaralternativ på hvert område. Ved tvil er hovedregelen høyeste skår (dårligste nivå). Det er ikke nødvendig å regne ut score, men ved behov kan denne algoritmen brukes: <a href="https://knightadrc.wustl.edu/professionals-clinicians/cdr-dementia-staging-instrument/cdr-scoring-algorithm/">https://knightadrc.wustl.edu/professionals-clinicians/cdr-dementia-staging-instrument/cdr-scoring-algorithm/</a>
<b>Utstyr</b>	Registersettet

### 3.9 Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)

<b>Type skjema</b>	<b>Nevropsykiatriske symptomer</b>
<b>Kilde</b>	Cummings J.L et al. (1994), (32). Kaufman DI et al. (2000), (33).
<b>Beskrivelse</b>	NPI-Q vurderer nevropsykiatriske symptomer og atferdsendringer, som har forekommet etter at pasienten har begynt å få sviktende hukommelse og gjelder symptomer i løpet av de siste 4 ukene (32). I KVALAP er det ønskelig at NPI-Q tas på alle pasienter også de som ikke har kognitiv svikt/sviktende hukommelse. NPI-Q skal tas så tett opp til oppstart av behandling som mulig. Ved poliklinisk konsultasjon besvares skjemaet av komparent ved intervju. Skjemaet kan fylles ut før poliklinisk time.  For pasienten på døgnopphold kan skjemaet besvares av helsepersonell ved sengeposten i samarbeid med komparent.

	I originalversjonen av NPI inngår også en gradering av belastning respektive symptom medfører for komparent og eventuelt helsepersonell. Denne delen er ikke med i versjonen i KVALAP.
<b>Instruksjon</b>	Vennligst svar på følgende spørsmål basert på om forandringer som har forekommet etter at pasienten har begynt å få sviktende hukommelse, og som har vært til stede i løpet av de siste 4 ukene.
<b>Skåring</b>	NPI skåring: Antall symptomer: antall <u>ja</u> summeres (maksimalt 12). Sum alvorlighetsgrad: hvis ja- summeres skår (maksimalt 36).
<b>Utstyr</b>	Spørreskjema i registersettet.

## 4.0 Oppsummering av behandling ved alderspsykiatrisk poliklinikk eller døgnenhet

Her skal dere registrere behandling/tiltak som er gitt poliklinisk eller ved innleggelse i døgn ved Alderspsykiatrisk avdeling.

*Samtalebehandling:* Flere kryss er tillatt (med samtalebehandling menes samtaler det er satt av tid til og som inngår i pasientens behandlingsplan).

*Annen type behandling* (Flere kryss er tillatt).

*Fått ECT ved denne innleggelsen:* hvis ja noter antall ganger behandlingen er gitt under oppholdet. Kryss av dersom pasienten får vedlikeholds-ECT.

*Innleggelse på tvang:* Det krysses av for "Ja" eller "Nei" i forhold til innleggelse på tvangsparagraf, og om det har blitt fattet tvangsvedtak under oppholdet. §2.2 hvor pasienter blir lagt inn på kontrakt er å anse som frivillighet, altså ikke innlagt på tvang.

*Legemidler ved utrednings/behandlingslutt:* totalt antall legemidler med ACT kode skal registreres. Hvis aktuelt, før opp antall antipsykotika og kryss av for hvilken type.

*Supplerende undersøkelser:* Kryss av for supplerende undersøkelser. De skal ikke være eldre enn 6 måneder.

### 4.1 WHO-5 5 spørsmål om trivsel og velvære

WHO-5 fylles også ut ved avslutning av utredningen/ behandlingen, for å registrere pasientens opplevelse av forbedring eller forverring av egen helsetilstand. Se beskrivelse side 7(2).

## 5.0 Oppsummering, diagnose, videre oppfølging

*Klinisk helhetsvurdering ved utskrivelse* (CGI-I, vurderes av behandler. Dette baseres på klinisk skjønn (10)).

*Psykiatriske hoveddiagnose, ICD-10* (Her skrives ICD-10 diagnosene pasienten får ved utskrivelse fra avdelingen. Her er det satt av plass til en hoveddiagnose og to bidiagnoser. Er det flere bidiagnoser, må det foretas et skjønn for hva som skal noteres. Det som anses å ha størst klinisk betydning, prioriteres). Husk å ikke buke punktum når du legger inn diagnosekoden.

*Har pasienten førerkort? Helsekrav førerkort vurdert?*

*Individuell plan ved behandlingsslutt/utskrivelse?*

*Anbefalt oppfølging av pasienten?* (Her er det flere alternativer å velge mellom. Du kan velge flere enn ett).

*Utskrevet til?*

## 6.0 Kontaktinformasjon

**Forskningsansvarlig Aldring og helse** Geir Selbæk

[geir.selbaek@aldringoghelse.no](mailto:geir.selbaek@aldringoghelse.no)

Tlf: 958 83 535

**Registeransvarlig KVALAP** Eivind Aakhus

[Eivind.Aakhus@aldringoghelse.no](mailto:Eivind.Aakhus@aldringoghelse.no)

Tlf: 958 79 949

**Fagansvarlig KVALAP** Maria Lage Barca

[maria.barca@aldringoghelse.no](mailto:maria.barca@aldringoghelse.no)

Tlf: 974 36 610

**Koordinator daglig drift** Lene Haukland-Haugen

[Lene.haukland-haugen@aldringoghelse.no](mailto:Lene.haukland-haugen@aldringoghelse.no)

Tlf: 97124124

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv til pasient på Alderspsykiatrisk avdeling

### Informasjon om kvalitetsregisteret i alderspsykiatri- KVALAP

#### HVILKE OPPLYSNINGER SAMLES INN OM DEG?

KVALAP skal bidra til at pasienter ved alderspsykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten utredes og behandles etter samme standard, med oppdaterte utredningsverktøy. KVALAP samler inn data om blant annet sosiale forhold, somatisk helse, psykisk helse, legemidler og om din opplevelse av trivsel og velvære (sensitive personopplysninger).

#### HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE SOM SAMLES INN?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes til kvalitetsforbedring og forskning. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og om hvordan dine personopplysninger behandles. Du har rett til å få opplysningene rettet eller slettet. Data som allerede er inngått i analyser, eller er brukt i vitenskapelige publikasjoner vil ikke kunne slettes. Data fra KVALAP kan sammenstilles med data fra andre helseregistre. Les mer om dette på våre hjemmesider. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av forskningsprosjekter som publiseres. Forskningsprosjekter som benytter data fra registeret, vil være godkjent av Regional Etisk Komite (REK) eller Personvernombudet (PVO).

#### RESERVASJON

Registrering i KVALAP er reservasjonsbasert. Det betyr at du når som helst kan reservere deg mot at opplysninger om deg samles i registeret, uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen konsekvenser for din behandling om du velger å reservere deg mot registrering i KVALAP. Du kan reservere deg ved:

- Å ta kontakt med registerledelsen (se kontaktinfo under). Registerledelsen er da ansvarlig for at opplysninger om deg vil bli slettet fra registeret.
- Å spørre din behandler om hjelp til å reservere deg.
- Reservere deg på HelseNorge (beskrivelse nedenfor).

#### HVA ER KVALAP?

KVALAP er et medisinsk kvalitetsregister for personer som utredes og behandles ved alderspsykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten i Norge. Hovedformålet med medisinske kvalitetsregistre er å bidra til bedre kvalitet på behandlingen pasienten får, og redusere uberettiget variasjon i helsetilbud i landet.

Oslo Universitetssykehus HF (OUS) er eier av registeret. Nasjonalt senter for aldring og helse er ansvarlig for daglig drift.

Registeret har rettslig grunnlag i forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 3-2 (reservasjonsrett).

Kvalitetsregisteret har behandlingsgrunnlag etter generell personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav e) og artikkel 9 nr. 2 bokstav j).

## MER INFORMASJON

For mer utfyllende informasjon om KVALAP, gå til hjemmesiden:

<https://www.aldringoghelse.no/forskning/kvalap/>

## KONTAKT

**Koordinator:** Lene Haukland-Haugen, tlf: 97124124, mail: lene.haukland-haugen@aldringoghelse.no

**Registeransvarlig:** Eivind Aakhus, tlf: 958 79 949, mail: eivind.aakhus@aldringoghelse.no

**Fagansvarlig:** Maria Lage Barca, mail: maria.barca@aldringoghelse.no

**Prosjektmedarbeider:** Tanja Louise Ibsen, mail: tanja.ibsen@aldringoghelse.no

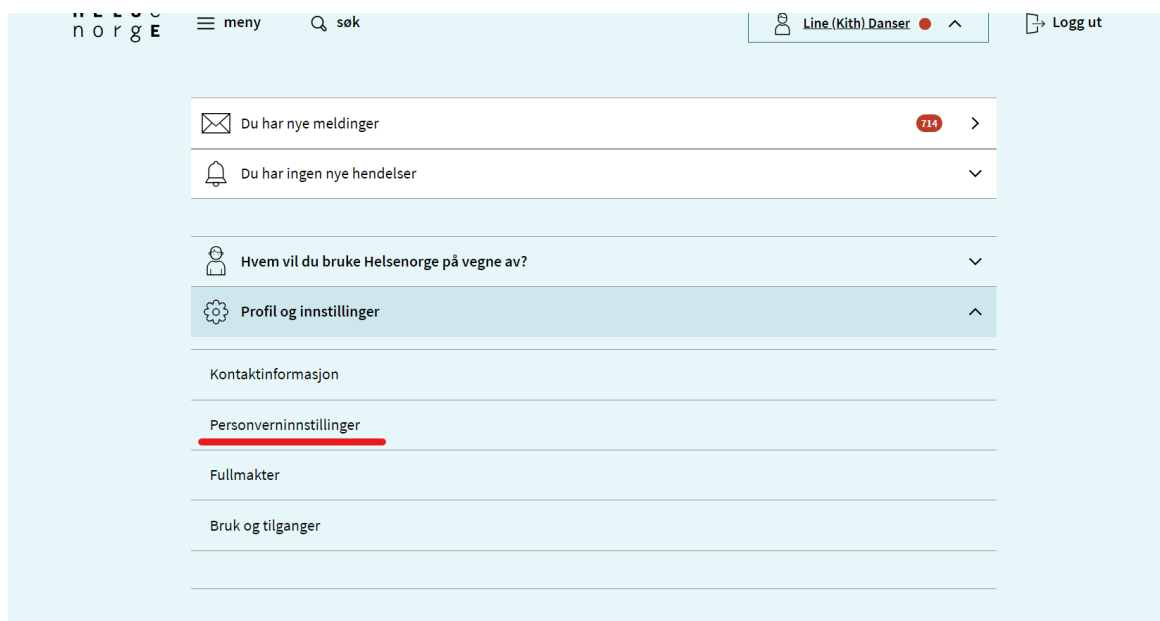
## Hvordan reservere deg på HelseNorge

Aktiv digital bruker / bruker helsenorge.no aktivt i dag:

1. Logge seg på helsenorge.no via bankID
2. Klikk på ditt navn i topp menyen



3. Klikk på Profil og innstillinger -> Personverninnstillinger



4. Klikk på "endre innstillinger" i "Forskning screening og helseregistre " boksen



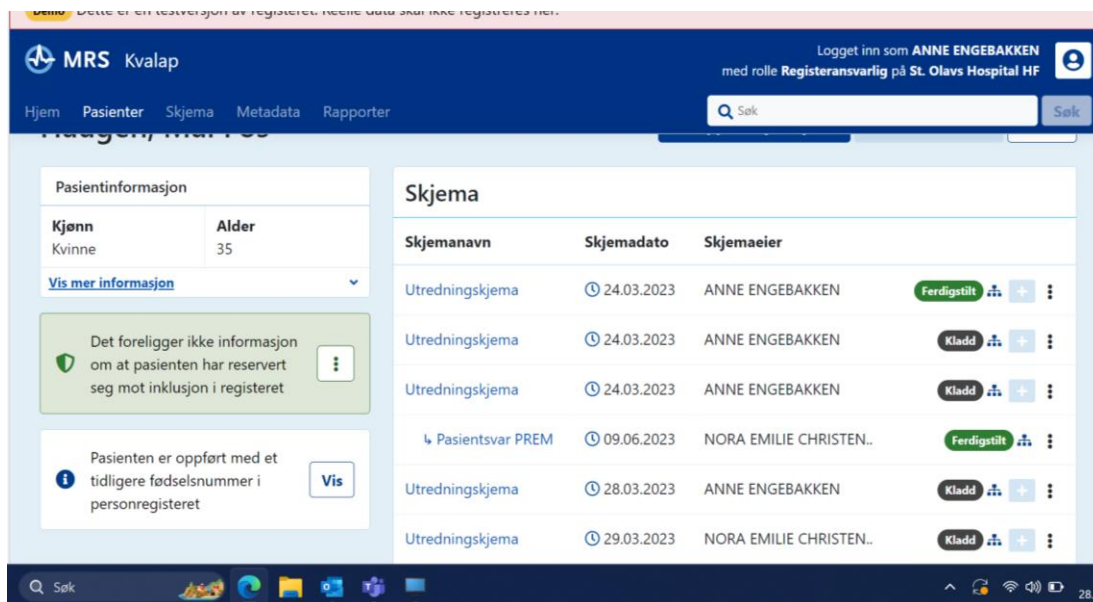
5. Finn "Kvalitetsregisteret for alderspsykiatri - KVALAP " og Klikk på den

## Vedlegg 2: Hvordan reservere pasient fra å stå i registeret?

### Reservere pasienten i KVALAP

Hvis en pasient ønsker å reservere seg fra å stå i registeret, kan du som behandler legge inn dette i registeret.

Du velger da pasienten det gjelder. Under pasientinformasjon kommer det opp at det ikke foreligger informasjon om pasienten har reservert seg mot inklusjon. Trykk på boksen med de tre prikkene og velg **Endre reservasjonsstatus**. Da kommer dette bildet opp og du velger **Pasienten er reservert mot inklusjon i registeret**.



Da kommer dette bildet opp og du velger **Pasienten er reservert mot inklusjon i registeret**.

The screenshot displays a user interface for managing patient reservations. On the left, the 'Pasientinformasjon' (Patient Information) section shows 'Kjønn' (Gender) as 'Kvinne' (Female) and 'Alder' (Age) as '35'. Below this, a message states: 'Det foreligger ikke informasjon om at pasienten har reservert seg mot inklusjon i registeret' (There is no information that the patient has reserved against inclusion in the register). A warning icon and text indicate: 'Pasienten er oppført med et tidsnummer i fødselsnummer i personregisteret' (The patient is listed with a time number in the birth number in the personal register).

The main area, 'Skjema' (Form), contains a table of reservations:

Skjemanavn	Skjemadato	Skjemaeier	Status
Utredningskjema	24.03.2023	ANNE ENGEBAKKEN	Ferdigstilt
Utredningskjema	24.03.2023	ANNE ENGEBAKKEN	Kladd
Utredningskjema	30.03.2023	ANNE ENGEBAKKEN	Kladd

A modal dialog box titled 'Endre reservasjonsstatus' (Change reservation status) is open in the foreground. It contains the following text and options:

Du kan endre pasientens reservasjonsstatus for registeret. Statusen lagres hos helsenorge.no.  
Ved endring til reservasjon vil data lagt inn for pasienten bli slettet i henhold til ordlyden i helsenorge.no.

- Pasienten er ikke reservert mot inklusjon i registeret
- Pasienten er reservert mot inklusjon i registeret

Buttons at the bottom of the dialog are 'Avbryt' (Cancel) and 'Lagre reservasjonsstatus' (Save reservation status).



## Vedlegg 3: Hvordan søke om tilgang i Falk og logge inn for første gang

### Innlogging Falk og KVALAP

For å logge inn på KVALAP må du være på sikret Helsenett, dvs innenfor «sykehusområdet» på PC'en. Du må bruke nettleser som Google Chrome, Edge, Firefox eller Safari. Internett Explorer fungerer ikke.

### Portal for kvalitetsregistre

Gå til denne nettsiden: <https://falk.nhn.no/>

Under overskriften Psykisk helse og rus finner du KVALAP- kvalitetsregisteret for alderspsykiatri. Eller søk i søkefeltet

### Søke om tilgang til KVALAP

Velg KVALAP og **søk om tilgang**

Fyll inn informasjonen om deg, så hvilken avdeling du ønsker tilgang til. Viktig at du søker om tilgang til den avdelingen du jobber på ikke på HF.

Så krysser du av for hvilke tilganger du skal ha.

Hvor ønsker du tilgang?

Lokasjon

Du må velge lokasjon

#### Hva slags tilganger trenger du?

Er du usikker på hvilke tilganger du trenger, legg ved en kommentar hvor du beskriver hva du trenger å gjøre i registeret.

Skjema

- Opprette nye skjema og redigere skjema i kladd
- Ferdigstille skjema
- Se personopplysninger

Rapport- og datahåndtering

- Generere grafiske rapporter
- Eksportere data (til Excel og lignende)
- Eksportere data med personopplysninger (til Excel og lignende)

Administrere

- Gjøre endringer i registerets innstillinger (administrator)

Kommentar

AVBRYT

SEND INN

Det vil for de fleste være aktuelt å krysse av på alle boksene under **skjema**. Når tilgangstildeler har godkjent søknaden din, får du en mail om at den er godkjent.

### Logge inn på KVALAP når du har fått tilgang

Gå til nettsiden: <https://falk.nhn.no/>

Trykk på **Logg inn** og søk opp registeret under psykisk helse og rus  
Når registeret er valgt velger du **Gå til registeret** og bruker Bank-ID eller tilsvarende på å logge inn

Ta kontakt med [lene.haukland-haugen@aldringoghelse.no](mailto:lene.haukland-haugen@aldringoghelse.no) , tlf: 97124124, hvis du har noen spørsmål.

For ytterligere veiledning og hjelp til innlogging kan du se her:  
<https://falk.hemit.org/Brukerdokumentsjon-bruker.html>

## Referanser

1	Kristiansen KM, Engedal K, Kvalitetsregister i alderspsykiatrien- et samarbeidsprosjekt i Viken alderspsykiatriske forskningsnettverk. Demens & Alderspsykiatri nr. 1 2012
2	Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> , 84, 167-176.
3	WHO (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/ The Depcare project. WHO Regional Office of Europe: Copenhagen
4	Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. <i>Nutrition</i> . Jun 1999;15(6):458-64. doi:10.1016/s0899-9007(99)00084-2
5	Sophie Church, Emily Rogers, Kenneth Rockwood and Olga Theou. A scoping review of the Clinical Frailty Scale(2020)
6	David Basic, FRACP1 and Chris Shanley, EdD. Frailty in an Older Inpatient Population:Using the Clinical FrailtyScale to Predict Patient Outcomes(2015)
7	Psykiatrisk håndverks-ABC". Vestre Viken HF – Klinikk for psykisk helse og rus – Avdeling Blakstad – Desember 2010
8	<a href="https://atv-stiftelsen.no/om-vold/hva-er-vold/">https://atv-stiftelsen.no/om-vold/hva-er-vold/</a>
9	<a href="http://snakkomrus.no/">http://snakkomrus.no/</a>
10	Bushner J, Targun S D, The Clinical Global Impressions Scale, Applying a Research Tool in Clinical Practice, <i>Psychiatry (Edgmont)</i> . 2007 Jul; 4(7): 28–37.
11	Strobel C, Engedal K. NORSK REVIDERT MINI MENTAL STATUS EVALUERING (MMSE-NR3) 2016 (oppdatert 2018) [Available from: <a href="http://www.aldringoghelse.no">http://www.aldringoghelse.no</a> ]
12	Strobel C, Engedal K. MMSE-NR Norsk revidert mini mental status evaluering. Revidert og utvidet manual. 2008 [Available from: <a href="http://www.aldringoghelse.no">http://www.aldringoghelse.no</a> ]
13	Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. <i>JAMA</i> . 1993;269:2386-91.
14	Strobel CA, O. Bekkhus-Wetterberg, P. Brierley, M. Bystad, M. Engedal, K. Johansen, H. Norsk revidert klokke-test (KT-NR3) 2016 (oppdatert 2018) [Available from: <a href="http://www.aldringoghelse.no">http://www.aldringoghelse.no</a> ]
15	Strauss. E SE, Spreen, O. A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary: Oxford University Press; 2006.

16	Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979;134:382-9.
17	Malt UF. MONTGOMERY ÅSBERG DEPRESSION RATING SCALE (MADRS): En brukerveiledning 2016 [Available from: <a href="https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/madrs-brukerveiledning">https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/madrs-brukerveiledning</a> ]
18	Engedal K, Kvaal K, Korsnes M, Barca ML, Borza T, Selbaek G, et al. The validity of the Montgomery-Aasberg depression rating scale as a screening tool for depression in later life. J Affect Disord. 2012;141(2-3):227-32.
19	Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biological Psychiatry 1988; 23: 271-84
20	<a href="https://ah-web-prod.s3.amazonaws.com/documents/Cornell_Retningslinjer_Skar_2014_WEB.pdf">https://ah-web-prod.s3.amazonaws.com/documents/Cornell_Retningslinjer_Skar_2014_WEB.pdf</a>
21	Knapskog AB, Barca ML, Engedal K. A comparison of the validity of the Cornell Scale and the MADRS in detecting depression among memory clinic patients. Dement Geriatr Cogn Disord. 2011;32(4):287-94.
22	Barca ML, Engedal K, Selbaek G. A reliability and validity study of the cornell scale among elderly inpatients, using various clinical criteria. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010;29(5):438-47. doi: 10.1159/000313533. Epub 2010 May 25. PubMed PMID: 20502018.
23	Pachana, N.A., et al., Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. International psychogeriatrics / IPA, 2007. <b>19</b> (1): p. 103.
24	Massena, P.N., et al., Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory - GAI-BR. International Psychogeriatric Association, 2014.
25	Pachana, N.A. and G. Byrne, The Geriatric Anxiety Inventory: International Use and Future Directions. Australian Psychologist, 2012. <b>47</b> : p. 33-38.
26	Lawton, MP and Brody, EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9:179-186,.
27	Vittengl J. R., White C. N., McGovern R. J., Morton B. J., Comparative validity of seven scoring systems for the instrumental activities of daily living scale in rural elders, Aging & Mental Health Published online: 18 Jan 2007.
28	Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. Psychol Med. 1989;19(4):1015–22.
29	Jorm AF. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): a review. Int Psychogeriatr. 2004;16(3):275–93.
30	Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. British Journal of Psychiatry. 1982; 140: 566-72
31	Morris J (1993) The CDR: current version and scoring rules. Neurology 43: 2412-13
32	Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology. 1994;44(12):2308–14.
33	Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000;12(2):233–9.