



Brukermanual

Kvalitetsregister i alderspsykiatri

KVALAP



Revidert januar, 2025

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

Innhold

1 Om KVALAP	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Praktisk informasjon om KVALAP	3
2 Innlogging og utfylling av digitalt register	4
2.1 Utredning	4
2.2 WHO-5 -Fem spørsmål om trivsel og velvære	4
2.3 Personopplysninger	5
2.4 Somatisk helse	5
2.5 Clinical Frailty Scale	6
2.6 Psykisk helse	6
2.7 Legemidler ved utredning/behandlingsstart	6
2.8 Stimulantia/rusmidler	7
2.9 Klinisk helhetsvurdering	7
3 Kognitiv testing og kartlegging depresjon	8
3.1 Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	8
3.2 Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3)	13
3.3 Norsk Revidert Klokketest (KT-NR3)	16
3.4 Montgomery - Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	21
3.5 Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD)	23
3.6 Geriatric Anxiety Index (GAI)	24
3.7 Instrumentelle- og personnære aktiviteter i dagliglivet (I-ADL og P-ADL)	24
3.8 Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly (IQCODE)	25
3.9 Klinisk demensvurdering (KDV)	26
3.10 Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)	26
4 Oppsummering av behandling ved alderspsykiatrisk poliklinikk eller døgnenhet	27
4.1 4.1 WHO-5 5 spørsmål om trivsel og velvære	27
5 Oppsummering, diagnose, videre oppfølging	27
6 Kontaktinformasjon	28
7 Vedlegg	29
7.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv til pasient på Alderspsykiatrisk avdeling	29
7.2 Vedlegg 2: Hvordan reservere pasient fra å stå i registeret?	31
7.3 Vedlegg 3: Hvordan søke om tilgang i Falk og logge inn for første gang	32
Referanser	34

1 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 behandlingskvalitet. 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.

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.

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 koordinator Lene Haukland-Haugen på telefon 97124124.

Ytterligere informasjon om registeret og reservasjon ligger på KVALAP sin hjemmeside, 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, 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).

2 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 spørsmålstegn, 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? Svaralternativet "Fra annen psykiatrisk avdeling" inkluderer egen poliklinikk/sengepost og rusklinikk.

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
Kilde	Topp et al., 2015.(2) World Health Organization (WHO), 1998 (3).
Beskrivelse	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.
Instruksjon	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.
Skåring	WHO-5 skåres fra 0-25. 0 representerer verst tenkelige helsetilstand og 25 best mulig helsetilstand.
Utstyr	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 2 måneder*. Med somatisk undersøkelse mener vi: blodtrykk, puls, vurdering av ernæringsstatus, vurdering av syn og hørsel, vurdering av akutt og kronisk sykdom inkludert alkohol og rus. Lege bør også undersøke pasienten, med spesielt fokus på kardiovaskulær og nevrologisk status, samt gjøre en legemiddelsamstemning.

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 inntak 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

Type skjema	Kartlegging av pasientens fysiske funksjon/skrøpeligheit.
Kilde	Church et al., 2020 (5). Basic & Shanley, 2015 (6).
Beskrivelse	The Clinical Frailty Scale er et kartleggingsverktøy som brukes for å kartlegge pasientens fysiske funksjon/skrøpeligheit og kan gi en indikator på hvilken hjelp pasienten vil være i behov av.
Instruksjon	Sett et kryss i boksen som best beskriver pasientens funksjonsnivå.
Skåring	Clinical Frailty Scale skårer fra 1-9. Der 1 beskriver en som er veldig sprek og 9 beskriver en som er terminalt syk.
Utstyr	Spørreskjema og veileder i registersettet.

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 (7).

2.7 Legemidler ved utredning/behandlingsstart

Antall legemidler.

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

2.8 Stimulantia/rusmidler

Tobakk (snus er spesifisert under tobakk).

Alkoholvaner:

Type skjema	Alcohol Use Identification Test – Consumption (AUDIT-C)
Kilde	AUDIT, https://rop.no/kartleggingsverktøey/audit/(8) Babor & Robaina, 2016 (9)
Beskrivelse	AUDIT-C er en kortversjon av AUDIT og brukes for å identifisere risikokonsum av alkohol og/eller drikking som kan utvikles til misbruk.
Instruksjon	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.
Skåring	Hvert spørsmål har 5 svaralternativ og gir fra 0 til 4 poeng. Max skår er 12 poeng. Cut-off grense for identifisering av risikofylt bruk: Kvinner: En skår på 3 eller mer. Menn: En skår på 4 eller mer. Det er noe uenighet i litteraturen om hvor cut-off 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.
Tidsbruk	2-3 minutter
Utstyr	Spørreskjema i registersettet.

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 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
Kilde	Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Versjon 8.1 – © Z. Nasreddine, 2017 (11)
Aldersintervall	18-100
Beskrivelse	MoCA er vårt foretrukne screeningsverktøy i KVALAP for orienterende kartlegging av kognitive funksjoner innen områdene visuokonstruktiv/eksekutiv funksjon, benevnning, 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)
Sertifisering	Instruksjonsvideo og sertifisering er tilgjengelig på engelsk via www.mocacognition.com .
Instruksjon	Opplæring og sertifisering er gratis for ansatte i offentlig helsetjeneste. Nedenfor er en instruksjon for v8.1. På mocacognition.com kan du finne tilsvarende norske instruksjoner for versjonene 8.2 og 8.3. Disse versjonene er først og fremst tenkt brukt for å unngå re-test-effekt, dvs innenfor tre mnd etter at 8.1 ble administrert. I Kvalap legger du inn subskår for hver av de 7 underdelene og sumskåre regnes automatisk ut. Du kan ikke legge inn sumskåre selv.
Skåring	0 eller 1 poeng på hvert spørsmål. Maksimalt 30 poeng.
Normer eller cutoff/grenseverdi	Kognitive funksjoner påvirkes av alder, kjønn og utdanningsnivå. Andre forhold som sansesvikt, manglende motivasjon, depresjon eller lignende kan også påvirke testresultater i betydelig grad og må vurderes for hver enkelt. Ved elektronisk innregistrering beregnes <u>z-skår</u> for flere av testene automatisk basert på anbefalte normer. En forutsetning for å få automatisk beregnet z-skår er at antall år skolegang er registrert. Z-skår er en utregning av hvor mange standardavvik resultatet ligger fra gjennomsnittet. For hver test er det oppgitt hvilke aldersintervaller som normsettet som Z skåren er beregnet baserer seg på. For MoCA er normsettet basert på at pasienten er mellom 70-90 år. Hvis en person er

	enten yngre eller eldre enn det oppgitte aldersintervallet er Z skåren beregnet på den alder som er nærmest pasientens alder, i normsettet. Testeren må derfor selv ta stilling til z-skårens validitet dersom pasienten er betydelig utenfor aldersspennet i normsettet. Z skår skal oppfattes som en hjelp til klinikere, men ikke en fasit. Man pleier å vurdere z-skårer på følgende måte: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Beregning av Z skår</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ -2</td><td>Svært lavt område</td> </tr> <tr> <td>-1.99 - -1.3</td><td>Lavområde</td> </tr> <tr> <td>-1.29 - -0.6</td><td>Lavt normalområde</td> </tr> <tr> <td>-0.59 - 0.59</td><td>Normalområde</td> </tr> <tr> <td>0.6 - 1.29</td><td>Høyt normalområde</td> </tr> <tr> <td>1.3- 1.99</td><td>Høyområde</td> </tr> <tr> <td>≥ 2.0</td><td>Svært høyt område</td> </tr> </tbody> </table> Nederste sumskår for beregning av z-skår er 14. Det vil si at z-skår der sumskåre er lavere enn 14 blir oppgitt ut ifra en sumskåre på 14. En normkalkulator basert på den samme referansen finnes på aldring og helses hjemmeside MoCA kalkulator - Nasjonalt senter for Aldring og helse	Beregning av Z skår		≤ -2	Svært lavt område	-1.99 - -1.3	Lavområde	-1.29 - -0.6	Lavt normalområde	-0.59 - 0.59	Normalområde	0.6 - 1.29	Høyt normalområde	1.3- 1.99	Høyområde	≥ 2.0	Svært høyt område
Beregning av Z skår																	
≤ -2	Svært lavt område																
-1.99 - -1.3	Lavområde																
-1.29 - -0.6	Lavt normalområde																
-0.59 - 0.59	Normalområde																
0.6 - 1.29	Høyt normalområde																
1.3- 1.99	Høyområde																
≥ 2.0	Svært høyt område																
Tidsbruk	Ca. 10-15 minutter.																
Utstyr	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 sporlaging:

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 tilleggstell. 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 klokkekanturen. Hvis deltageren plasserer noen tall på innsiden og noen på utsiden av klokkekanturen, 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 margin 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 (v) på det rette stedet. Stikkordene for hvert ord vises nedenfor.

Det gis ikke poeng for gjenkalling ved hjelp av stikkord.

Målord	Kategori som stikkord	Flere valg som stikkord
ANSIKT	kroppsdel	nese, ansikt, hånd (skulder, ben)
FLØYEL	et slags stoff/tekstil	denim, bomull, fløyel (nylon, silke)
KIRKE	en type bygning	kirke, skole, sykehus (bibliotek, butikk)
TUSENFRYD	en type blomst	rose, tusenfryd, tulipan (lilje, påskelilje)
RØD	farge	rød, blå, grønn (gul, purpur)

* Ordene i parentes skal brukes dersom deltageren nevner ett eller to av flervalgssvarene mens det gis stikkord for kategori.

Skåring: For å bestemme MIS (som er en sub-skåre) gir undersøker poeng ut fra typen gjenkalling (se tabellen under). Bruken av stikkord gir klinisk informasjon om typen hukommelsessvikt. For hukommelsessvikt relatert til gjenkalling kan prestasjonene bedres ved stikkord. Ved hukommelsessvikt relatert til innkodingsvansker vil ikke prestasjonen bedres ved stikkord.

MIS-skåring				Total
Antall ord gjenkallet spontant	...	multiplisert med	3	...
Antall ord gjenkallet med kategori som stikkord	...	multiplisert med	2	...
Antall ord gjenkallet med flere valg som stikkord	...	multiplisert med	1	...
Total MIS (legg sammen alle poeng)				---/15

11. Orientering:

Administrering: Undersøker gir følgende instruksjon: *"Fortell meg hvilken dato det er i dag"*. Hvis deltageren ikke gir komplett svar, så hjelp til med å si: *"Fortell meg (året, måneden, eksakt dato og ukedag)." Si deretter: "Kan du nå si meg hva dette stedet heter og i hvilken by dette er i."*

Skåring: Gi ett poeng for hvert ledd det svares riktig på. Deltageren må angi eksakt riktig dato og sted (navn på sykehus, klinikk, kontor). Det gis ikke poeng dersom deltageren angir en dag feil i forhold til dato eller ukedag.

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

Type test	Kartlegging av kognitive funksjoner
Kilde	Carsten Strobel & Knut Engedal, 2021 (13).
Aldersintervall	18-100
Beskrivelse	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.
Instruksjon	Instruksjoner fremgår på MMSE-NR3 testark i registersettet, og her lenger ned. Utfyllende administrasjon og skåringsveiledning, samt brukermanual for MMSE-NR3, finnes på www.aldringoghelse.no . 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.

Skåring	0 eller 1 poeng på hvert spørsmål. Maksimalt 30 poeng.																
Normer eller cut-off/grenseverdi	MMSE-NR3 påvirkes av alder og utdanningsnivå, og cut-offs 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 veiledende, men det presiseres også at lav skår kan være forenlig med normal funksjon ved høy alder og lav utdanning samtidig som høy skår kan være forenlig med sykdom hos yngre personer med høy utdanning og høy premorbid funksjon. • En skår mellom 28 og 30 poeng er en indikasjon på at kognitiv svikt sannsynligvis ikke foreligger. • En skår mellom 25 og 27 poeng kan være en indikasjon på at kognitiv svikt foreligger, og flere kognitive undersøkelser bør foretas. • 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. Ved elektronisk innregistrering beregnes <u>z-skår</u> for flere av testene automatisk basert på anbefalte normer. En forutsetning for å få automatisk beregnet z-skår er at antall år skolegang er registrert. Z-skår er en utregning av hvor mange standardavvik resultatet ligger fra gjennomsnittet. For hver test er det oppgitt hvilke aldersintervaller som normsettet som Z skåren er beregnet baserer seg på. For MMSE-NR3 er normsettet basert på at pasienten er mellom 48-89 år. Hvis en person er enten yngre eller eldre enn det oppgitte aldersintervallet er Z skåren beregnet på den alder som er nærmest pasientens alder, i normsettet. Z skår skal oppfattes som en hjelp til klinikere, men ikke en fasit. Man pleier å vurdere z-skårer på følgende måte: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Beregning av Z skår</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ -2</td> <td>Svært lavt område</td> </tr> <tr> <td>-1.99 - -1.3</td> <td>Lavområde</td> </tr> <tr> <td>-1.29 - -0.6</td> <td>Lavt normalområde</td> </tr> <tr> <td>-0.59 – 0.59</td> <td>Normalområde</td> </tr> <tr> <td>0.6 – 1.29</td> <td>Høyt normalområde</td> </tr> <tr> <td>1.3- 1.99</td> <td>Høyområde</td> </tr> <tr> <td>≥ 2.0</td> <td>Svært høyt område</td> </tr> </tbody> </table>	Beregning av Z skår		≤ -2	Svært lavt område	-1.99 - -1.3	Lavområde	-1.29 - -0.6	Lavt normalområde	-0.59 – 0.59	Normalområde	0.6 – 1.29	Høyt normalområde	1.3- 1.99	Høyområde	≥ 2.0	Svært høyt område
Beregning av Z skår																	
≤ -2	Svært lavt område																
-1.99 - -1.3	Lavområde																
-1.29 - -0.6	Lavt normalområde																
-0.59 – 0.59	Normalområde																
0.6 – 1.29	Høyt normalområde																
1.3- 1.99	Høyområde																
≥ 2.0	Svært høyt område																
Tidsbruk	Ca. 20 minutter.																
Informasjon	På nettsidene www.aldringoghelse.no (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.																
Utstyr	Skåringsark i registersettet. Blyant og viskelær og tilsendt stimulusark.																

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

Administrasjons- og skåringsveiledning:

Screeningtesten 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). 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 stilte 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 uttrykk 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. Legemiddeffekter 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 kompensierende mestringsstrategier som kan være nyttige for tilrettelegging av aktivitet og samhandling.

3.3 Norsk Revidert Klokkelest (KT-NR3)

Type test	Screeningtest ved mistanke om demens
Kilde	Strobel et al., 2016, oppdatert 2018 (14).
Aldersintervall	Anbefalt for voksne, ikke nærmere angitt.
Beskrivelse	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. Klokkelest 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 abstraktning 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 .
Instruksjon	Utvidet instruksjon, se nedenfor. Hvis pasienten er misfornøyd med sin utførelse kan den gis et nytt forsøk på et egenkopierte, nytt ark (trenger ikke legges ved registersettet ved innsending), og beste forsøk skåres, samtidig som det noteres hvilket forsøksnummer som er poengsatt. 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.
Skåring	0-5 poeng, for skåring, se under.
Cut-off/grenseverdi	4-5 poeng godkjent, 0-3 poeng ikke godkjent.
Tidsbruk	2-5 minutter.
Informasjon	På nettsidene http://www.aldringoghelse.no (søk «undervisningsfilmer») finner du undervisningsfilmer om basal demensutredning bl.a. klokkelest. Filmene gir informasjon om

	bakgrunnen for skjemaene og testene, praktisk bruk av skjemaene og skåringsveiledning.
Utstyr	Skåringsark i registersettet. Blyant, viskelær og retningsgivende skåringsillustrasjoner, se under.

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

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.

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.

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 +/- ≤ 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 ≥ 12 , eller nærmere 10 enn 11.

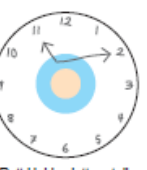
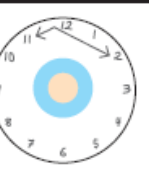
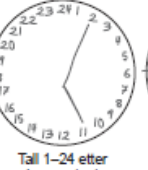
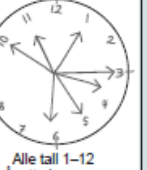
Innbyrdes avstand mellom startpunkt visere eller avstand mellom startpunkt visere og senter: 5 poeng ved rett klokkeslett når innbyrdes avstand mellom startpunkt for visere er ≤ 1 cm fra hverandre og til senter av sirkel. 4 poeng ved rett klokkeslett når visere starter > 1 cm og ≤ 2 cm fra hverandre 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 Brilerley, Martin Bystad, Knut Engedal, Cecilie Gaustad, Hans Johansen & Katinka Odner, 2018

5 poeng        Visere riktig (i sektorer for 5 poeng). Alle tall 1–12 på rett plass utenfor sirkel. Alle tall 1–12 og visere på rett plass. At enkelte tall er noe rotert, er uten betydning for skåring. Visere riktig. Alle tall 1–12 på rett plass på sirkel. Ulik størrelse på tall er uten betydning for skåring. Rett klokkeslett og tall. Se bort fra tredje viser dersom PAS angir den som sekundviser. Visere og doble tallsett 1–12 og 13–24 på rett plass. Retning på ev. «viserpil» er uten betydning for skåring. Rett klokkeslett og tall (romertall trenger ikke stå rotert). Rett klokkeslett og tall. Viserne starter ≤ 1 cm fra hverandre og fra senter av sirkel.						
4 poeng        Visere mot riktige tall. Alle tall 1–12 i rekkefølge, men med plasseringsfeil. Visere mot riktige tall. Alle tall 1–12 i rekkefølge, men med plasseringsfeil. Visere riktig. Alle tall 1–12 i rekkefølge, men plassert både innenfor, på og/eller utenfor sirkel. Visere riktig. Alle tall 1–12 i rekkefølge, men plassert langt inn fra sirkel. Visere mot 11 og 2, men viserne er like lange og PAS svarer feil på hva som er time- og minuttviser. Rett klokkeslett og tall, men viserne starter > 1 cm og ≤ 2 cm fra senter av sirkel. Rett klokkeslett og tall, men viserne starter > 1 cm og ≤ 2 cm fra senter av sirkel.						
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 teststjema (se klokke 3 og 4, 3 poeng)*						
3 poeng        Visere riktig, men tall 12–23 (ev. 13–24) også etter umiddelbar retest. Visere riktig, men blandede tall (01, 02, 15, 16) også etter umiddelbar retest. * Visere riktig, men tall gjentatt (6) og/eller utelatt (3, 7, 9), også etter umiddelbar retest. * Visere riktig, men tall gjentatt (18) og/eller utelatt (15, 19, 21), også etter umiddelbar retest. Visere mot 11 og 2, men tall 1–12 i snudd rekkefølge også etter umiddelbar retest. Visere mot 11 og 2, men «minutviser» starter > 2 cm fra senter av sirkel også etter umiddelbar retest. Visere mot 11 og 2, men viserne starter > 2 cm fra senter av sirkel også etter umiddelbar retest. Minuttviser plassert riktig, men stor plasseringsfeil minuttviser (i sektor for 3 poeng). Timeviser plassert riktig, men stor plasseringsfeil minuttviser (i sektor for 3 poeng). Time- og minuttviser i sektorer for 3 poeng. Flere feil på samme poengnivå reduserer ikke skåren ytterligere. Timeviser i sektor for 3 poeng, minuttviser i sektor for 4 poeng. Antall poeng bestemmes av utførelsesfeilen som gir lavest poengskåre. Alle tall 1–12 på rett plass, men stor plasseringsfeil minuttviser (i sektor for 3 poeng). Stor plasseringsfeil minuttviser. Ekstra 10-tall når visere tegnes inn gir ikke ytterligere poengtrekk. Generelt:  Små markeringstreker 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).						
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)        Alle tall 1–12 på rett plass, men kun én viser. Alle tall på rett plass og viser mot rett klokkeslett, men kun én viser/strek også etter umiddelbar retest. Kun én viser. Ekstra 10-tall når viser tegnes inn gir ikke ytterligere poengtrekk. Alle tall 1–12 på rett plass, men forgoen viser mot feil klokkeslett regnes kun som én viser. Tall 1–24 etter hverandre i én sirkel også etter umiddelbar retest. Alle tall 1–12 på rett plass, men mer enn to visere. Sektorinndeling/ hjelpestreker gjennom klokken er ikke tillatt. Start med nytt testark.						
1 poeng (Gi maks 1 poeng ved ingen visere)        Alle tall 1–12 på rett plass, men ingen visere. Tall kun i halve sirkelen og tall gjentatt (12). Flere feil på samme poengnivå reduserer ikke skåren ytterligere. Feil klokkeslett og tall gjentatt (ensbetydende tall 12 og 24) også etter umiddelbar retest. Feil klokkeslett og tall gjentatt (ensbetydende tall 12 og 24) også etter umiddelbar retest. Tall over 24. Ekstra sirkel er uten betydning for skåring. Tall utelatt tross gjentatt instruksjon og ingen visere. Flere feil på samme poengnivå reduserer ikke skåren ytterligere.						
0 poeng  Ikke noen tall skrevet med siffer, kun tallord.						

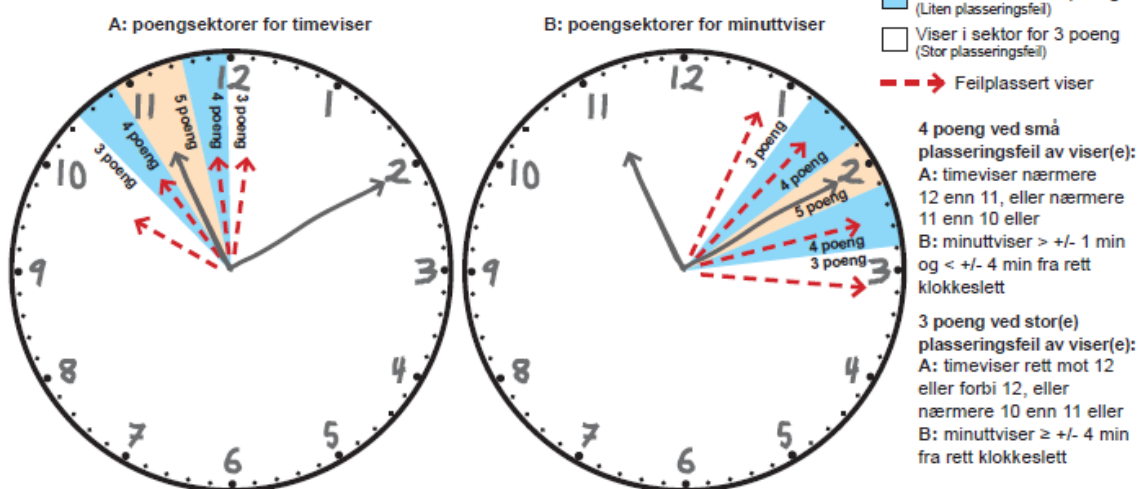
KT-NR3: RETNINGSGIVENDE ILLUSTRASJONSARK, SKÅRING AV VISERE

Carsten Strobel, Olav Aga, Peter Bekkhus-Wetterberg, Martin Brilerley, Martin Bystad, Knut Engedal, Cecilie Gaustad, Hans Johansen & Katrika Odner, 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



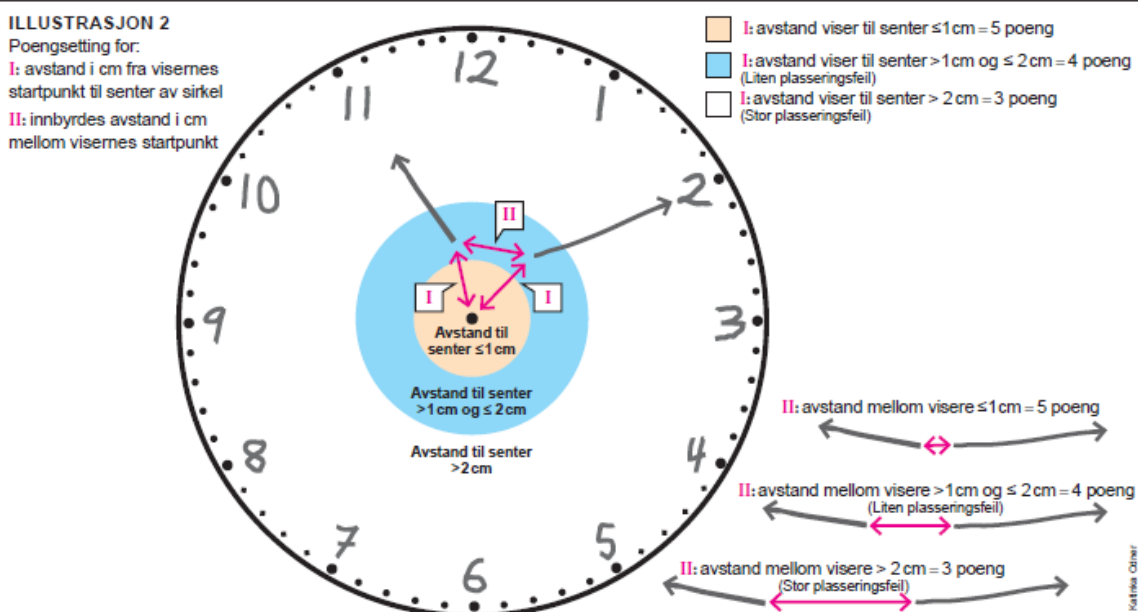
Står timeviser (ev. minuttviser) i sektor for 5 poeng, men minuttviser (ev. timeviser) i sektor for 4 eller 3 poeng, gi henholdsvis 4 eller 3 poeng (se rødteipete feilplasserte visere) under forutsetning av at tall (hvilke tall som er med og deres plassering) ikke gir en ytterligere redusert skåre, se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



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).

13.08.2018 Design: Katrika Odner

3.4 Montgomery - Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

Type test/skjema	Måler dybden av en depressiv tilstand
Kilde	Montgomery & Åsberg, 1979 (15). Engedal et al., 2012 (16). Malt, 2016 (17).
Beskrivelse	MADRS er opprinnelig et 10-punkts klinisk intervju for fagpersonell. 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. MADRS er følsom for forandring av tilstand og kan derfor også brukes som mål på behandlingseffekt.
Instruksjon	Det er utarbeidet strukturerte spørsmål til MADRS som også finnes i en norsk versjon av professor Ulrik Fredrik Malt . Disse spørsmålene kan hjelpe i den semistrukturerte intervjuversjonen som brukes i KVALAP. Kun sum skår føres i registersettet.
Skåring	Se brukerveiledning utarbeidet av Ulrik Fredrik Malt . 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. Still spørsmålene i den rekkefølge de forekommer. Sett kun et kryss for hvert symptom. 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.
Cut-off/grenseverdi	Generelt foreslås følgende grenser for vurdering av depresjonsdybde (17): 0-6 ikke deprimert 7-11 kan uttrykke lett forstemning 12-22 lett deprimert 23-29 moderat deprimert 30-34 alvorlig deprimert 35-60 svært alvorlig deprimert Engedal et al. foreslår en cut-off for depresjon på 16/17 for personer uten demens i alderspsykiatri .
Utstyr	Spørreskjema 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?

3.5 Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD)

Type skjema	Skala for depresjon
Kilde	Georg & Alexopoulos, 1988 (18). Oversatt til norsk ved Dag Årslund, 2011. GjØra et al., 2014 (19). Knapskog et al., 2011 (20). Barca et al., 2010 (21).
Beskrivelse	Utviklet for å kartlegge tegn og symptomer på 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.
Instruksjon	Jeg kommer til å stille deg spørsmål om hvordan pasienten har følt seg i løpet av den siste uken. Jeg er interessert i endringer du har lagt merke til, og varigheten av disse endringene. Kun sumskår føres inn i registersettet.
Skåring	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 GjØra et al. (2014).
Cut-off/grenseverdi	En skår over 10 antyder mulig depressiv episode. Skåre over 18 antyder med relativt høy sikkerhet en depressiv episode. Skår under 6 er forbundet med fravær av sikre depressive symptomer. De ovennevnte verdier er veiledende. Ulike pasientpopulasjoner vil ha ulik sannsynlighet for depresjon og cut-off vil derfor kunne variere, noe det nedenstående viser med tydelighet. Det er gjort to valideringsstudier for Cornell i Norge av Barca et al. (2010) og Knapskog et al. (2011). Barca undersøkte en pasientgruppe i norske sykehjem og en alderspsykiatrisk populasjon, mens Knapskog undersøke en hukommelsesklinikk-gruppe. Barca fant at en cut-off på 7/8 skilte mellom depresjon/ikke-depresjon i en sykehjems/alderspsykiatrisk populasjon. I Knapskogs materiale fant man at en cut off på 5/6 skilte mellom depresjon, ikke-depresjon i en hukommelsesklinikk.
Utstyr	Skåringsark i registersettet.

3.6 Geriatric Anxiety Index (GAI)

Type skjema	Fungering i hverdagen
Kilde	Pachanaet al., 2007 (22). Champagne et al., 2021 (23).
Beskrivelse/instruksjon	Geriatric Anxiety Inventory (GAI) er et måleredskap for å måle angst blant eldre . Dette er et spørreskjema 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 . 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.
Cut-off/grenseverdi	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 generalized anxiety disorder (GAD) . Ulike grenseverdier kan forklares av at man i ulike studier har undersøkt ulike populasjoner, men kan òg være et uttrykk for kulturelle forskjeller.
Utstyr	Spørreskjema i registersettet.

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

Type skjema	Fungering i hverdagen
Kilde	Lawton & Brody, 1969 (24). Vittengl Jet al., 2007 (25).
Beskrivelse/instruksjon	To skjema som kartlegger pasientens mestring av hhv. instrumentelle aktiviteter og personnære aktiviteter i dagliglivet. 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. Kun sumskår føres inn i registersettet.
Skåring	Sett kun ett kryss på hvert spørsmål. Hvis personen aldri har utført aktiviteten, eller ikke utfører aktiviteten nå, prøv å angi hvordan han/hun ville greid aktiviteten i sin nåværende tilstand.

	Jo høyere skår på et område, jo mer sannsynlig er det at pasienten kan ha behov for hjelp på det området. 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.
Utstyr	Spørreskjema i registersettet.

3.8 Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly (IQCODE)

Type test/skjema	Spørsmål til pårørende om endringer i kognitiv fungering
Kilde	Jorm, 2004 (26).
Beskrivelse/instruksjon	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.
Skåring	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.
Cut-off/grenseverdi	Flere grenseverdier er rapportert i forskningsstudier. En gjennomsnittsskår på 3,44 eller høyere brukes ofte som indikasjon på en sannsynlig demens .
Utstyr	Spørreskjema i registersettet

3.9 Klinisk demensvurdering (KDV)

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

Type skjema	Kognitiv svikt, mulig demens og eventuelt grad av demens
Kilde	Hughes et al., 1982 (27). Morris, 1993 (28).
Beskrivelse	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. https://ah-web-prod.s3.amazonaws.com/documents/Klinisk_demensvurdering_KDVb.pdf
Skåring	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: https://knightadrc.wustl.edu/professionals-clinicians/cdr-dementia-staging-instrument/cdr-scoring-algorithm/
Utstyr	Skåringsark i registersettet.

3.10 Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)

Type skjema	Nevropsykiatriske symptomer
Kilde	Cummings et al., 1994 (29). Kaufer et al., 2000 (30).
Beskrivelse	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. 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 ved intervju av komparent. Skjemaet kan fylles ut før poliklinisk time, men behandler bør gå gjennom skjemaet med komparenten. 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.
Instruksjon	Vennligst svar på følgende spørsmål basert på om forandringer som har forekommet, og som har vært til stede i løpet av de siste 4 ukene.
Skåring	NPI skåring: Antall symptomer: antall ja summeres (maksimalt 12). Sum alvorlighetsgrad: hvis ja- summeres skår (maksimalt 36).
Utstyr	Spørreskjema i registersettet.

4 Oppsummering av behandling ved alderspsykiatrisk poliklinikk eller døgnetenhet

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. Hvis ja på om det er fattet tvangsvedtak, så skal det krysses av for hvilket tvangsvedtak som er fattet. §2.2 hvor pasienter blir lagt inn på kontrakt er å anse som frivillighet, altså ikke innlagt på tvang.

Legemidler ved utrednings/behandlingsslutt: 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 (flere kryss er tillatt). 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 Oppsummering, diagnose, videre oppfølging

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

Psykiske lidelser i 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 bruke 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). For svaralternativet "Kommunehelsetjenesten" menes annen kommunal oppfølging enn fastlege.

Utskrevet til? (Hvis pasienten døde under behandling, så velg død. Det må da krysses av om pasienten døde av suicid eller om det var en annen årsak. Annet inkluderer somatisk sykdom).

6 Kontaktinformasjon

Koordinator daglig drift Lene Haukland-Haugen

Lene.haukland-haugen@aldringoghelse.no

Tlf: 97124124

Fagansvarlig KVALAP Maria Lage Barca

maria.barca@aldringoghelse.no

Tlf: 974 36 610

Registeransvarlig KVALAP Eivind Aakhus

Eivind.Aakhus@aldringoghelse.no

Tlf: 958 79 949

Forskningsansvarlig i Aldring og helse Geir Selbæk

geir.selbaek@aldringoghelse.no

Tlf: 958 83 535

7 Vedlegg

7.1 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

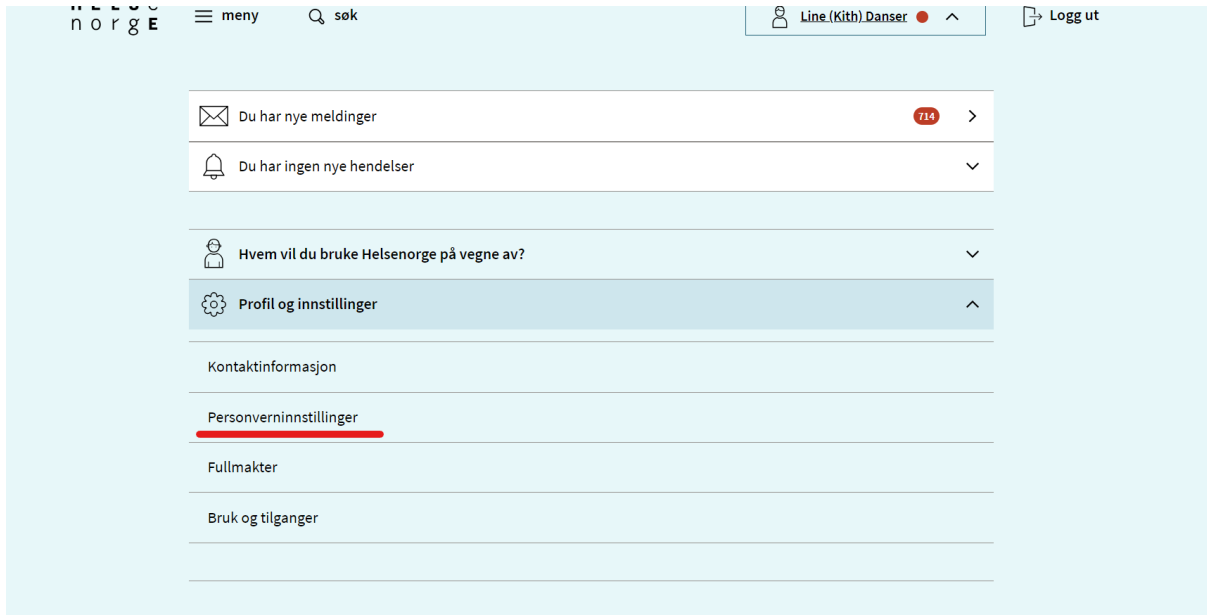
Hvordan pasienten kan reservere seg på HelseNorge

Aktiv digital bruker / bruker helsenorge.no aktivt i dag:
Logge seg på helsenorge.no via bankID

Klikk på ditt navn i topp menyen



Klikk på Profil og innstillinger -> Personverninnstillinger



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

Hvordan vil du bruke Helsenorge?

Du velger selv hvor mye av Helsenorge du ønsker å bruke. Du må samtykke til bruk av dine helseopplysninger. Du kan trekke samtykket tilbake om du ikke vil bruke Helsenorge lenger.

Du har samtykket til **Full**

Endre samtykke >

Tjenester og informasjon du og helsepersonell har tilgang til

Du kan selv styre egen bruk og hvem som kan kontakte deg på Helsenorge. Du kan også begrense helsepersonells tilgang til dine helseopplysninger.

Du har satt begrensninger

Endre innstillinger >

Forskning, screening og helseregistre

Du kan endre hvordan helsesektoren kan lagre og bruke enkelte av dine helseopplysninger.

Du har satt begrensninger

Endre innstillinger >

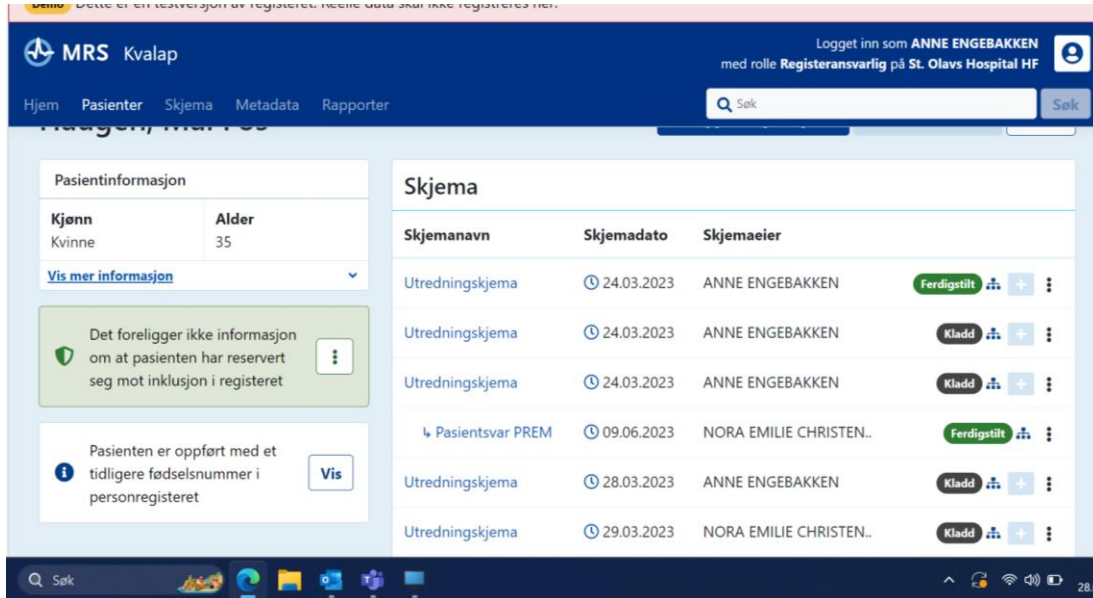
Finn "Kvalitetsregisteret for alderspsykiatri - KVALAP " og Klikk på den

7.2 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.

7.3 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 , 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 2012, nr. 1.
2	Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P: The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. Psychotherapy and Psychosomatics 2015, 84(3):167-176.
3	World Health Organization (WHO): Wellbeing Measures in Primary Health Care/ The Depcare project. WHO Regional Office of Europe: Copenhagen 1998.
4	Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M: Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. Nutrition 1999, 458-64.
5	Church S, Rogers E, Rockwood K, Theou O: A scoping review of the Clinical Frailty Scale 2020.
6	Basic D, Shanley C: Frailty in an Older Inpatient Population: Using the Clinical FrailtyScale to Predict Patient Outcome 2015.
7	Alternativ til Vold. https://atv-stiftelsen.no/om-vold/hva-er-vold/
8	AUDIT, https://rop.no/kartleggingsverktøyet/audit/
9	Babor, T, Robaina, K: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of graded severity algorithms and national adaptations. The International Journal Of Alcohol And Drug Research 2016, 5(2): 17-24.
10	Busner J, Targum S D : The Clinical Global Impressions Scale, Applying a Research Tool in Clinical Practice, Psychiatry (Edgmont) . 2007, 4(7): 28–37.
11	Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bedirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I., ... Chertkow H: The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society 2005, 53(4): 695–699.
12	Engedal, K, Gjøre L, Benth JS, Wagle J, Rønquist TK, Selbæk G: The Montreal Cognitive Assessment: Normative Data from a Large, Population-Based Sample of Cognitive Healthy Older Adults in Norway—The HUNT Study. Journal of Alzheimer’s Disease 2022, 86(2): 589 – 599. https://www.aldringoghelse.no/normkalkulatorer/mocakalkulator/
13	Strobel C, Engedal K: Manual Norsk revidert mini mental status evaluering (MMSE-NR3) 2021 http://www.aldringoghelse.no
14	Strobel CA, O. Bekkhus-Wetterberg, P. Brierley, M. Bystad, M. Engedal, K. Johansen, H: Norsk revidert klokke test (KT-NR3) 2021. http://www.aldringoghelse.no
15	Montgomery SA, Åberg M: A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979, 34:382-9.
16	Engedal K, Kvaal K, Korsnes M, Barca ML, Borza T, Selbaek G, Aakhus E: 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.
17	Malt UF: Montgomery Aasberg Depression Rating Scale (MADRS): En brukerveiledning 2016 https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/madrs-brukerveiledning
18	Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA: Cornell Scale for Depression in Dementia. Biological Psychiatry 1988; 23: 271-84.
19	Gjøre L, Gausdal M, Engedal K: Norsk oversettelse av Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD). Retningslinjer for administrering og skåring, 2014. https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Cornell_Retningslinjer_Sk%C3%A5r_2019_INT00012_WEB.pdf
20	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.
21	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.
22	Pachana, NA, Byrne, G, Siddle S, Koloski N, Harley E, Arnold E: Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. International psychogeriatrics / IPA 2007; 19(1):103.
23	Champagne A, Landreville P, Gosselin PA: Systematic Review of the Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Inventory. Can J Aging 2021; 40(3):376-95.

24	Lawton MP, Brody EM: Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. <i>Gerontologist</i> 1969; (9):179-186.
25	Vittengl JR, White CN, McGovern RJ, Morton BJ: Comparative validity of seven scoring systems for the instrumental activities of daily living scale in rural elders, <i>Aging & Mental Health</i> 2006; 10(1):40-7.
26	Jorm AF: The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): a review. <i>Int Psychogeriatr</i> 2004; 16(3):275–93.
27	Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL: A new clinical scale for the staging of dementia. <i>British Journal of Psychiatry</i> 1982; 140: 566-72
28	Morris J: The CDR: current version and scoring rules. <i>Neurology</i> 1993 ; 43: 2412-13
29	Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J: The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. <i>Neurology</i> 1994; 44(12):2308–14.
30	Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, Lopez OL, DeKosky ST: Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. <i>J Neuropsychiatry Clin Neurosci</i> 2000;12(2):233–9.