



Utredningsverktøy til bruk for **LEGER**

Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Revidert 2011

Helsepersonell

Pasient

- ▲ Samtale
- ▲ Kognitiv testing
- ▲ Sikkerhet i bolig

Pårørende

- ▲ Spørreskjema pårørende
- ▲ Dagliglivets aktiviteter (ADL)
- ▲ Cornell
- ▲ Belastningsskala – pårørende



1. Legetime (20 min.)

- ▲ Anamnese
- ▲ Somatisk undersøkelse
- ▲ Blodprøver
- ▲ Vurdering av delirium
- ▲ Henvisning CT/MR-Caput



2. Legetime (2x20 min.)

Pårørende

- ▲ Samtale

Pasient

- ▲ Kognitiv testing
- ▲ Psykiatriske symptomer
- ▲ Bilkjøring
- ▲ Konklusjon
- ▲ Informasjon
- ▲ Drøfting av tiltak



Informasjon til hjelpeapparatet
(hvis pasienten samtykker)



Oppfølging etter 6 – 12 måneder

Pasientens navn: _____ Født: _____

Adresse: _____ Tlf: _____

Pårørendes navn: _____

Pårørendes adresse: _____ Tlf: _____

Lege: _____

Dato for undersøkelse: _____

Som et hovedprinsipp anbefales at utredning ved mistanke om demens, utføres av pasientens lege (fastlege eller sykehjemslege) i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten. Det er en fordel om det finnes et demens-team på to personer i helse- og omsorgstjenesten som kan koordinere utredningen og følge pasient og pårørende med hensyn til hjelpetiltak. Teamet skal ha kontakt med pasient, familie, lege og saksbehandlere som vedtar kommunale helse- og omsorgstjenester. For mer informasjon, se veileder.

Kartlegging utført av helsepersonell

Det anbefales at kartleggingen foregår ved at en av personale samtaler med pasienten og en med pasientens pårørende. Skjemaene bør fylles ut under samtalen med pårørende. Sett av god tid. Det kan være godt for pårørende å snakke om det som er vanskelig, men noen pårørende kan også oppleve at de avslører den som er syk og at det derfor kan være vanskelig å snakke åpent. Som intervjuer/samtalepartner kan vi lytte og det må gis mulighet for veiledning/råd og drøfting av mulige tiltak.

Utredning utført av pasientens fastlege

Utredningen anbefales utført i to konsultasjoner. Det bør avsettes 20 minutter til den første konsultasjonen, hvor det utføres somatisk undersøkelse. Ved andre konsultasjon anbefales 2x20 minutter for samtale og testing av pasient og samtale med pårørende.

Om legen er i tvil om diagnose må det henvises til spesialisthelsetjenesten.

Samordning av utredningen

Det er mest hensiktsmessig at personell i helse- og omsorgstjenesten først utfører sin kartlegging og sender resultatene til legen.

Legen bør etter undersøkelse av pasienten ta kontakt med demensteamet for å diskutere eventuelle tiltak (samarbeidsmøte, takst 14).

Oppfølging

Pasienter med en demensdiagnose bør følges opp av lege og demensteam hver 6.-12. måned for eventuelt å justere behovet for tiltak.

En gang i året bør det gjøres:

- Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR, bruk nytt oppgavesett ved retest)
- Klokketest
- Belastningsskala pårørende
- Sikkerhet i hjemmet

To ganger i året bør det gjøres en ADL vurdering.

Takster som kan benyttes av legen

1bd, 1f, 1h, 2ad, 2cd, 14, 612a, 617.

Sjekkliste ved Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Utredningen anbefales utført i to konsultasjoner. I den første (20 minutter) utføres somatisk undersøkelse. I den andre anbefales samtale/test med pasienten og en pårørende. Dette vil vanligvis kreve 2x20 minutter. Det er en fordel om legen samarbeider med demensteam/koordinator om det finnes i kommunen. For mer informasjon, se egen veileder. Takster som kan benyttes: 1bd, 1f, 1h, 2ad, 2cd, 14, 612a og 617

1. Legetime

Somatisk undersøkelse

Mål blodtrykk og puls, og gjør en enkel nevrologisk undersøkelse. Vurder om det foreligger hjertesvikt, lungesykdom, infeksjonssykdom eller annen akutt sykdom.

Blodprøver

Hb, SR, vitamin B12, homocystein, folinsyre, elektrolytter, kreatinin, albumin, ferritin, fri T4, TSH, glukose (evt. medikamentanalyse) og urinprøve.

Vurdering av delirium (akutt konfusjon, akutt forvirring)

Delirium er karakterisert ved en rask innsettende kognitiv svikt (dager til uker). Symptomene er særlig uttalt kveld/natt. Årsaken(e) kan være somatisk sykdom, som hjertesvikt, lungesykdom, forstyrrelse av væskebalansen, søvnapné, infeksjonssykdom, annen akutt sykdom eller legemidler (se neste punkt).

Vurdering av eventuelle kognitive legemiddelbivirkninger

Legemidler med sentralnervøs antikolinerg effekt som psykofarmaka, antiparkinson midler, opiater, glukokortikoider og antihistaminer kan føre til kognitiv svikt og/eller delirium.

CT eller MR av hjernen

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

2. Legetime

Intervju av pårørende

Må alltid utføres. Det viktigste er å spørre om endringer i funksjon over tid. Spør om endringer av ADL funksjon, deltakelse i sosialt liv og atferd (irritabilitet, uro, angst og passivitet). Gjennomsnittsskåre på spørreskjema for pårørende på 3,5 eller høyere gir mistanke om demens.

Kognitiv testing

MMSE-NR og Klokketest er et minimum. Gjør testingen selv. Da er det lettere å tolke resultatet. Svært høy alder, manglende motivasjon, lav utdanning, afasi, lese/skrivevansker, flerkulturell bakgrunn/lav norskspråklig kompetanse, redusert syn og hørsel og akutt somatisk sykdom kan påvirke MMSE-NR resultatet negativt. Hos yngre personer og personer med høy utdanning kan en høy skåre på MMSE-NR likevel være forenlig med kognitiv svikt eller demens, mens en lav skåre hos svært gamle personer kan være forenlig med normal kognitiv funksjon.

Vurdering av psykiatiske symptomer

Depresjon er en viktig differensialdiagnose til demens. Cornell depresjonsskala utfylles av pårørende eller omsorgsperson. Skåre på 7-11 indikerer mild grad og 12 eller mer moderat/svært grad av depresjon. Dersom det i tillegg velges å benytte MADRS anvendes den best hos personer med MMSE-NR skåre over 20.

Vurdering av evnen til å kjøre bil

Ifølge veileder for Helsedirektoratet (IS-1437) Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.-2010 side 31 kan følgende *veiledende* retningslinjer for vurdering ved MMS gis:

MMS 26-30: Ofte tilstrekkelig til kjøring, med mindre andre forhold taler imot

MMS 20-25: Ofte uforenlig med kjøring. Videre utredning og/eller praktisk prøve bør vurderes

MMS <20: Diskvalifiserer for kjøring, dersom Fylkesmannen ikke finner meget gode holdepunkter for det motsatte.

Disse retningslinjene bør ikke følges slavisk siden resultat på MMS påvirkes av en rekke faktorer (se veileder). Vær oppmerksom på at de ovennevnte retningslinjene viser til MMS uten at versjon eller skåringskriterier er spesifisert blant annet om samlet skåre skal være basert på baklengs staving eller seriell-7, som anses som mer vanskelig.

I MMSE-NR administreres kun seriell-7 og de *veiledende* retningslinjene kan dermed være litt for strenge når MMSE-NR benyttes.

Ved tvil om egnethet for kjøring anbefales at det etter samtykke fra pasient innhentes komparentopplysninger om aktuelle kjøreferdigheter (for eksempel "Kjøreferdigheter – Spørsmål til komparent", Strobel og Brækhus, revidert skjema 2008).

Konklusjon av utredningen

Demens i følge ICD-10 tilsvarer ICPC-2 P-70 demens. Dersom svaret er ja på 1-4 foreligger demens. Dersom svaret er ja på pkt 1.1 og/eller 1.2, men nei på pkt 1.3 foreligger "mild kognitiv svikt".

	Ja	Nei
1 1.1 Svekket hukommelse, især for nyere data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Svekkelse av andre kognitive funksjoner, for eksempel abstraksjonsevne, språkevne, vurderingsevne, logisk tenkeevne, praksis (minimum to)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Den kognitive svikten influerer vanligvis på dagliglivets funksjoner og/eller sosialt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Klar bevissthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vanligvis er atferden endret (for eksempel initiativløshet, passivitet, endret sosial atferd), men dette kan også komme senere i forløpet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tilstanden har vart i 6 måneder eller lenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demens (dersom usikkert, henvis til spesialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sykdomsdiagnose	Ja
Mild kognitiv svikt (Kognitiv svikt som ikke influerer på evnen til å klare seg i dagliglivet)	<input type="checkbox"/>
Alzheimers demens (AD) (Vanligvis global svikt med snikende start og progresjon)	<input type="checkbox"/>
Vaskulær demens (VaD) (Oppstått i tidsmessig sammenheng etter en cerebrovaskulær hendelse)	<input type="checkbox"/>
AD + VaD (Tegn til begge tilstander. Det er ikke så uvanlig hos de aller eldste)	<input type="checkbox"/>
Frontallapspdemens (Hemningsløs eller "flat" atferd kommer vanligvis før den kognitive svikten)	<input type="checkbox"/>
Demens med Lewy legemer (Parkinsonisme, synshallusinasjoner, fluktuerende kognitiv svikt)	<input type="checkbox"/>
Demens ved Parkinsons sykdom (Demenssymptomer kommer > 1 år etter parkinsonismen)	<input type="checkbox"/>
Uspesifisert demens	<input type="checkbox"/>

Oppsummerende samtale og bestemmelse av tiltak

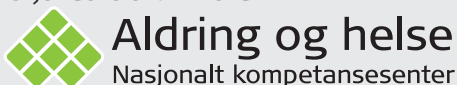
Områder som bør diskuteres med pasient og pårørende (og i samarbeidsmøte) for å bestille tiltak:

- Informasjon om diagnose
- Informasjon om symptomer og prognose
- Behov for hjemmehjelp/hjemmesykepleie/dagsenter/institusjon m.m.
- Medikamentell behandling
- Ikke medikamentell behandling
- Hjelpeverge/testamente
- Pårørendes behov for støtte og deltakelse i pårørendeskole
- Bilkjøring

Oppfølging

Pasienten bør følges opp hver 6-12 mnd. Legen bør følge opp legemiddelbehandling (psykofarmaka, kolinesterasehemmer og annet) og samarbeide med demensteamet/demenskoordinator/hjemmetjenesten (samarbeidsmøte, takst 14). Det er en fordel om pårørende er med ved alle konsultasjoner. Det er ofte pårørende som vet best hvor "skoen trykker".

Skjemaene er utviklet av



Utviklingen er støttet av



Papirutgave av skjema og veileder kan bestilles fra

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50 Faks: 33 33 21 53
E-post: post@aldringoghelse.no

*Skjema og veileder kan også lastes ned fra **www.aldringoghelse.no***