

# Demensutredning

## Utrednings- og kartleggings- verktøy for leger og pleie- og omsorgspersonell

Kartlegging av:

- ▲ Dagliglivets aktiviteter
- ▲ Mental funksjon
- ▲ Pårørendes situasjon
- ▲ Sikkerhet i bolig



Undersøkelse hos lege

- ▲ Anamnese
- ▲ Tidligere og nåværende sykdommer
- ▲ Somatisk undersøkelse
- ▲ Testing av mental funksjon
- ▲ Blodprøver og CT-Caput
- ▲ Vurdering av delirium/depresjon
- ▲ ICD-10 kriterier
- ▲ Resultater og konklusjon



Ny legetime med oppsummering

- ▲ Konklusjon
- ▲ Informasjon
- ▲ Drøfting av tiltak



Informasjon til hjelpeapparatet  
(hvis pasienten har eller skal  
ha hjelp)



Oppfølging etter 6 – 12 måneder

## Veileder

### for fastleger og personell i kommunehelsetjenesten

Utarbeidet av professor dr. med Knut Engedal

#### Hvem gjelder denne veilederen for?

Denne veilederen henvender seg i første rekke til fastlegene og til fagpersonale i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Dette er de aktører som bør kunne utrede personer hvor det foreligger mistanke om demens. For pasienter i institusjoner med heldøgns omsorg og pleie vil det være institusjonens leger og fagpersonale som gjennomfører utredningen. Om fastlegen ikke kommer fram til en sikker diagnose bør pasienten henvises videre til utredning i spesialisthelsetjenesten.



**Nasjonalt  
kompetansesenter for aldersdemens**  
utvikling formidling forskning



Sosial- og helsedirektoratet

## Organisatoriske forhold

### **Hvor skal pasientene utredes?**

Det kan være vanskelig å avgjøre hvilke pasienter som bør utredes i kommunehelsetjenesten og hvilke som må, eller bør henvises til spesialisthelsetjenesten. En slik oppgavedeling vil være avhengig av fastlegens og omsorgstjenestens kompetanse på området.

En rimelig målsetting er at fastlegen eventuelt i samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten, foretar utredning av pasienter med klare symptomer på mental svikt, for eksempel pasienter som har en skåre på Mini Mental Status test (MMS) 24 eller mindre, og hvor det ikke foreligger spesielle atferdsproblemer, eller samtidig kompliserende annen sykdom.

Pasienter med høy MMS skåre hvor det foreligger mistanke om demens, bør fortrinnsvis utredes i spesialisthelsetjenesten. Med spesialisthelsetjenesten menes i denne sammenheng fagområdene nevrologi, psykiatri og geriatri. I noen av landets fylker har geriatrien etablert et tilbud for tidlig diagnostikk av demens, mens denne oppgaven i andre fylker ivaretas av det alderspsykiatriske fagfeltet. Det er få nevrologiske avdelinger som har et spesialtilbud, men det nevrologiske fagfeltet er en viktig samarbeidspartner i all demensdiagnostikk. Dette gjelder spesielt i utredning av unge pasienter og pasienter hvor det foreligger mistanke om sjeldne subkortikale degenerative hjernesykdommer som medfører demens.

### **Forutsetninger**

Fastlegen må ha nødvendige kunnskaper om demens til å gjennomføre en utredning. Hvis ikke bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. I mange tilfeller vil demensutredning skje i et samarbeid mellom fastlegen og

kommunens omsorgstjeneste. Det er et mål at alle kommuner har opprettet et demensteam som bistår ved utredning av personer med mistanke om demens. Kommunens demens-team bør bestå av minst to personer som har ervervet seg særskilt kompetanse om demens. Naturlige teamdeltagere er sykepleier og ergoterapeut, i noen tilfeller kan det også være aktuelt med sosionom, fysioterapeut eller hjelpepleier. I mindre kommuner kan demensteamet ha utredning og oppfølging av pasienter med demens og deres pårørende som del av sitt arbeidsområde.

### **Hvem har ansvar for hva?**

Dersom det foreligger demens av lett grad uten nevneverdige funksjonsutfall kan fastlegen ha ansvaret for utredningen alene, og følge pasienten opp over tid. Informasjon til pasient og pårørende må ivretas. En tverrfaglig utredning er å foretrekke og bør vanligvis foregå i et samarbeid mellom fastlegen og hjemmebaserte omsorgstjenester i et demens-team.

I tilfeller hvor demensutredningen skjer i et samarbeid mellom lege og demensteamet, er det naturlig at legen fokuserer sitt utredningsarbeid på medisinsk diagnostikk og behandling av eventuelle somatiske og/eller psykiatriske tilleggsproblemer. Demensteamet fokuserer på kartlegging av funksjonsevner og hjemmesituasjonen til pasienten og pårørende. Kartleggingsskjemaene tar utgangspunkt i et slikt samarbeid.

Ettersom de aller fleste demenssykdommene er av progressiv natur med et forløp over mange år, er det nødvendig at pasienten og pårørende følges kontinuerlig opp for å vurdere nye hjelpe- og omsorgstiltak. Av den grunn anbefales det at demensteamet har et koordineringsansvar for utredningen og oppfølgingen.

## Faglig innhold i utredningen

### Målsetting for demensutredning

Målsettingen er å diagnostisere demens og den sykdom som har utløst tilstanden, f.eks. Alzheimers sykdom, cerebrovaskulær sykdom eller andre, i et så tidlig stadium som mulig. Demens må skilles fra kognitiv endring grunnet normal aldring, somatisk sykdom (delirium) og psykiatrisk sykdom (depresjon og psykose). Når diagnosen er stilt må legen vurdere om det er hensiktsmessig å starte med legemiddelbehandling av demens, og demens-teamet må sammen med legen vurdere igangsetting av omsorgstiltak til pasienten og pårørende.

### Legens diagnostiske arbeid

Fastlegen bør som hovedregel avsette 40 minutter til en konsultasjon, eventuelt bruke to konsultasjoner a 20 minutter. Under forutsetning av pasientens samtykke bør en nær pårørende eller annen som kjenner pasientens situasjon godt følge med. Konsultasjonen består av en grundig anamnese fra pasient og pårørende, somatisk undersøkelse, vurdering av mental funksjonsevne og psykiatriske problemer, supplert med laboratorieundersøkelser og CT av hjernen, slik det fremgår av legeskjemaet.

Hensikten med legens utredning er å få kartlagt om symptomer og funksjonstap samsvarer med ICD-10 kriteriene for demens (legeskjema), og utelukke sykdommer som sekundært kan forårsake kognitiv svikt og atferdsendringer. Slike tilstander er depresjon, delirium, legemiddelbivirkninger (legemidler med sentralnervøse antikolinerg effekt), sykdom i skjoldbruskkjertelen (spesielt hypothyreose), sykdommer knyttet til vitamin B12- og folinsyre, subduralt hematoma, hjernetumorer og normaltrykkshydrocefalus. Depresjon og overdosering av legemidler med antikolinerg effekt er de hyppigste årsakene til kognitiv svikt som

ikke er forårsaket av en demenssykdom. Av hensyn til den tilleggsinformasjon det gir å se pasienten i arbeid med oppgavene er det en fordel om legen selv utfører en MMS og Klokketest, men dette kan etter avtale utføres av en i demens-teamet.

Legen må iverksette nødvendig medisinsk behandling og følge denne opp (for eksempel antidemens legemidler eller psykofarmaka dersom dette er aktuelt). I tillegg er det legens oppgave å vurdere pasientens evner med hensyn til å ta vare på egen økonomi (hjelpevergeordning), til å inneha førerkort og til testasjonsevne. Oppfølging hos lege bør skje regelmessig hver 6-12 måned.

### Hjemmetjenestens kartlegging

Kartleggingen bør fortrinnsvis foregå i pasientens hjem og bestå av minst ett og helst flere besøk etter avtale med pasient og pårørende. I kartleggingen skal demens-teamet samtale både med pasienten og nærmeste pårørende, observere boligen og vurdere sikkerhetstiltak. Skjemaene legger opp til at en i demens-teamet snakker med pasienten mens den andre snakker med pårørende. Pasientens ressurser, svikt, ønsker og forventninger må beskrives. Det må innhentes nødvendige opplysninger om nære pårørende, venner og naboer som har betydning for pasientens evne til å fungere i eget hjem. Noter navn og adresse på viktige personer i pasientens liv og beskriv hvor mye kontakt de har med hverandre.

### Samtale med pasienten

Kunnskaper om hva som er typiske symptomer ved demens er en forutsetning for å kunne tolke pasientens atferd og ferdigheter under hjemmebesøket. For å få maksimalt ut av samtalen med pasienten må denne skje i rolige omgivelser og uten hastverk. Hukommelse, språk, atferd og praktiske ferdigheter observeres under samtalen. Den som samtaler med pasienten kan, dersom dette er avtalt med

legen, utføre MMS og Klokketest. Det er en forutsetning at vedkommende har fått opplæring og har erfaring med slik testing. Tolkning av MMS og Klokketest er beskrevet i neste avsnitt av denne veilederen.

### **Samtale med pårørende**

I kartleggingsverktøyet er det vedlagt fire evalueringsskjema. To av dem, *Spørreskjema til pårørende* og *MBD* brukes for å evaluere pasientens intellektuelle evner slik de pårørende opplever det. Ferdighetsskjemaet *RDRS-II* gir opplysninger om hvilke ferdighetstap pårørende opplever hos pasienten. Gjennom det siste skjemaet, *Belastningsskala – pårørende*, får man opplysninger om pårørendes situasjon. Hvilken belastning er det å være pårørende og omsorgsgiver for en person med demens? Tolkning sv skalaene er beskrevet i neste avsnitt av denne veilederen.

Tilslutt er det under samtalen viktig å få frem hvilke ønsker, forventninger og forslag de pårørende har på vegne av pasienten? Hvilke ønsker har de pårørende for seg selv og hvilken fysisk og psykisk belastning er forbundet med å være pårørende?

### **Samarbeid mellom lege og demensteam**

Etter at både legen og demensteamet har gjort sine utredninger bør de sammen avgjøre hvilke tiltak som skal igangsettes. Om demensteamet har koordineringsansvaret tar de initiativ til at dette skjer. Det må bestemmes hvilken oppfølging pasienten og pårørende skal få, hvem som skal ha hovedansvaret for oppfølgingen og hvorledes samarbeidet skal fungere. Informasjon om demens, informasjon om tiltak, om behandlingsmuligheter og om hjelpetiltak skal gis. Det er naturlig at legen informerer om sykdommen og behandlingsmuligheter og at hjemmetjenesten tar seg av den øvrige informasjonen. Utredningen og forslag til til-

tak må dokumenteres og protokollføres, gjerne i pasientens journal.

Demensteamet bør utarbeide en plan (Individuell plan) for hjelpetiltak hvor behov, ressurser, tiltak, mål og evaluering framkommer. Planen bør være lett tilgjengelig og fungere som et arbeidsredskap for personalet i den daglige omsorgen og følge dersom pasienten endrer bosted, for eksempel flytter i institusjon.

### **Vedtak**

Når pasienter er vurdert og det foreligger faglige anbefalinger om tiltak som bør iverksettes fremmes disse for avgjørelse i kommunen. Pasienten mottar deretter skriftlig vedtak om tildeling av tjenester. Vedtaket kan påklages dersom dette ikke er i overensstemmelse med ønsker og behov. Ved utvidede behov skal pasienten motta nytt vedtak. (Se veileder for saksbehandling i pleie- og omsorgstjenesten IS-1040.)

### **Situasjoner hvor man ikke kommer frem til en diagnose**

I noen tilfeller vil man etter endt utredning fremdeles være usikker på om demens foreligger. Pasienten kan ha en kognitiv svikt, men ikke av en slik grad at det foreligger store ferdighetstap. Det kan også være manglende samsvar mellom testresultater, opplysninger fra pårørende, og/eller laboratorieresultater. Om man fortsatt har mistanke om at pasienten har en begynnende demens eller kognitiv svikt av annen årsak, bør man henvise til spesialisthelsetjenesten, eventuelt kan man avvente og gjøre en utredning etter tre til seks måneder.

### **Når pasienten bor i institusjon for heldøgns omsorg og pleie**

Fra ulike norske undersøkelser kjenner vi til at svært mange personer med demens blir innlagt i sykehjem uten at de har fått noen diagnose.

Legen ved sykehjemmet, en sykepleier og eventuelt en ergoterapeut som arbeider i en skjermet enhet, kan foreta utredningen sammen, og de samme skjema kan benyttes. I noen tilfeller vil pasienten ha en så stor kognitiv svikt at MMS og Klokketest ikke kan brukes. I slike tilfeller bør man benytte et observasjonsverktøy, for eksempel Klinisk Demens Vurdering (KDV) eller OBS-Demens. Begge skjema kan bestilles fra Nasjonalt kompetansesenter for alderdemens, e-post: *post@nordemens*.

## Tolkning av resultatene fra undersøkelsene

Det anbefales at pasientens kognitive evner vurderes ved hjelp av ulike instrumenter, og at dette gjøres både ved å teste pasienten og be om pårørendes oppfatning av pasientens kognitive evner og funksjonsevner. Om det foreligger samsvar mellom resultatene fra testing av pasienten er det en styrke for den diagnosen man kommer frem til. Kriteriene for demens, i følge ICD-10 (se legeskjemaet) er at det foreligger sviktende hukommelse og tap av minst en annen intellektuell ferdighet som sammen med hukommelsessvikten er av en slik grad at det influerer negativt på pasientens evner til å utføre ferdigheter i dagliglivet.

### Mini Mental Status Test (MMS)

MMS er en test som måler mental kapasitet på en rekke områder, hukommelse, orienteringsevne, språk, forståelse og visuokonstruksjon. Testen er brukt over hele verden og den norske versjonen er validert for norske forhold. Testen kan utføres både av sykepleier, ergoterapeut og lege. Det er tilstrekkelig at en av dem utfører testen, fortrinnsvis den som har mest erfaring og trening. Testen er vedlagt både legeskjemaet og skjemaet som demens-teamet skal bruke. Man trenger en viss erfaring

og trening for å kunne tolke resultatene tilfredstillende. Skåringen på MMS kan tolkes på følgende måte:

- En samlet skåre på 28 eller høyere er en indikasjon på at mental svikt sannsynligvis ikke foreligger
- En samlet skåre mellom 25 og 27 poeng kan være en indikasjon på at mental svikt foreligger, og flere psykologiske undersøkelser bør foretas, fortrinnsvis i spesialisthelsetjenesten
- En skåre på 24 eller lavere indikerer
  - a) at det foreligger svekket mental kapasitet og at videre undersøkelser er nødvendig for å kartlegge mulige årsaker til denne svikten, eller
  - b) at andre forhold som sansesvikt, lese- og skrivevansker, manglende motivasjon eller lignende kan ha påvirket testresultatene i betydelig grad

Pasientens alder og utdanning vil spille inn på tolkingen av resultatet på MMS. Hos yngre personer og personer med høy utdanning (mentalt aktive personer) kan en høy skåre på MMS likevel være forenlig med kognitiv svikt eller demens, mens en lav skåre hos svært gamle personer kan være forenlig med Eldres normale kognitive funksjon.

### Klokketesten

Klokketesten fins i ulike oversettelser og versjoner på norsk. Den fanger først og fremst opp pasientens evne til å orientere seg og handle i rom, og setter samtidig krav til oppmerksomhet og tallforståelse, ikke hukommelse. Den kan administreres av sykepleier, ergoterapeut eller lege. Man kan poengsette resultatet på ulike måter. Dersom motorikk (vær oppmerksom på problemer for

pasienter med hjerneslag) og syn er intakt, klarer vanligvis de fleste gamle uten svikt i mental kapasitet å utføre denne testen korrekt. To typer feil ses hyppig hos pasienter med demens og mental svikt:

- 1) pasienten klarer å tegne klokkeskiven og setter tallene på riktig sted, men klarer ikke å plassere viserne riktig. Denne feilen ses hyppigst ved begynnende demens/mental svikt og tyder på manglende forståelse,
- 2) pasienten har store vansker med å plassere tallene på riktig sted på klokkeskiven, som tyder på mer omfattende kognitiv svikt med manglende forståelse av rom og retning og/eller planleggingsevne.

### **Spørreskjema til pårørende**

IQCODE (Informant Questionnaire for Cognitive Decline) er oversatt fra engelsk og er et av de anamneseskjema som er mest brukt i hele verden for vurdere om pasientens mentale kapasitet har endret seg siste ti år. Skjemaet har vært brukt i mange større forskningsundersøkelser og vist seg å være en god indikator på om demens kan foreligge. Fordelen ved skjemaet er at man samler inn opplysninger om endret mental funksjon. Man bruker gjennomsnittskåren som mål for grad av mental funksjonsevne. En gjennomsnitt skåre høyere enn 3,5 indikerer at det kan foreligge mental svikt av en slik grad at demens kan være årsaken.

### **BMD (Behavioural and Mood Disturbance Scale)**

Dette skjemaet er oversatt fra engelsk, men har ikke fått norsk navn. Det består av to deler, en som måler kognitiv funksjon og en som måler atferd. Bare den delen av skjemaet som kartlegger kognitive symptomer er tatt med i kartleggingsverktøyet. Skjemaet komplimenterer Spørreskjema til pårørende og er en kartlegging av kognitiv kapasitet slik pårørende opplever situasjonen i dag. Det

finnes ingen definert grenseverdi som indikerer mistanke om demens eller ikke. Skjemaet brukes i den hensikt å se om det fins samsvar mellom det pårørende opplever og det pasienten presterer på MMS og Klokketesten.

### **Ferdigheter i dagliglivet – RDRS-II**

Dette skjemaet er oversatt fra engelsk (Rapid Disability Rating Scale II (RDRS-II)). Det kartlegger pasientens evner til å klare dagliglivets aktiviteter og spesielle problemer i sanseoppfatning, kommunikasjonsevne, depressive problemer og inkontinens. Det er viktig, slik det står i skjemaet, at man skal be de pårørende besvare hva pasienten faktisk utfører, ikke hva han/hun kan klare. Les instruksjonen til skjemaet nøye. Normalt skal alle eldre friske personer klare de ferdigheter som er omtalt i de 13 første punktene i skjemaet. Diagnosen demens innebærer at det foreligger kognitiv svikt av en slik grad at det fører til sviktende ferdigheter til å klare dagliglivets aktiviteter. Manglende evne til å håndtere penger er et vanlig ferdighetstap ved en begynnende demenssykdom. Skjemaet kan brukes både til å fastslå at det foreligger et ferdighetstap som kan skyldes en demens-tilstand, og til å beskrive hva pasienten klarer eller ikke klarer. Dette gir et overblikk over hvilke hjelpetiltak som er nødvendig å sette inn. Skjemaet har også med vurdering av spesielle problemer, spørsmålene 14-21. Det er viktig å få svar på disse spørsmålene i forhold til hvilke behandlings- og hjelpetiltak som bør settes inn.

### **Belastningskala – pårørende**

Dette skjemaet som er oversatt fra engelsk (Relatives' Stress Scale (RSS)) er et nyttig instrument for å vurdere hvorvidt pasientens pårørende føler seg belastet av å være omsorgsgiver til en person som lider av demens. Vi vet fra en rekke vitenskapelige undersøkelser at pårørende til personer med demens ofte lider av depresjon som kan være

behandlingstrengende. Det er viktig å få et overblikk over hvilken belastning de har ved å være omsorgsgivere fordi stor belastning disponerer for depresjon. Dette skjemaet skal ikke brukes for å vurdere om pasienten har en demenssykdom, men for å kartlegge pårørendes omsorgsbyrde. Det finnes ingen sikker grense for hva som anses å være stor byrde, men en skåre på 25 eller mer anses å være betydelig.

### **Observasjon av sikkerhet i hjemmet**

Dette skjemaet skal ikke brukes for å avgjøre om en person har en demenstilstand. Kartleggingskjema skal brukes for å vurdere sikkerheten i pasientens hjem og er et viktig hjelpemiddel for å iverksette nødvendige sikkerhetstiltak.

## **Andre legeundersøkelser**

### **CT eller MR av hjernen**

Det anbefales at alle pasienter som utredes for mistanke om demens får utført CT Caput eller MR. Yngre pasienter bør prioriteres til MR. Hensikten er å undersøke om det kan foreligge potensielt reversible årsaker til kognitiv svikt som subduralt hematom, tumor eller normaltrykkshydrocefalus. Undersøkelsen kan gi opplysninger om det foreligger hjerneinfarkter. Om kognitiv svikt opptrer i tidsmessig sammenheng med et hjerneslag eller TIA, taler dette for at det foreligger vaskulær demens. Ved CT og MR undersøkelse vurderes ofte hjernens størrelse. I et tidlig stadium av en degenerativ demenssykdom som Alzheimers sykdom, demens med Lewy legemer eller frontallappdemens ses sjelden substanssvinn. Hos gamle mennesker kan substanssvinn forekomme som et aldersfenomen. Substanssvinn er et funn som kommer noe ut i forløpet av en demenssykdom. Kronisk iskemi er et annet funn som radiologene iblant finner ved CT eller MR. Dette er uspesifikt og kan forekomme både hos pasienter med og uten en demenssykdom.

### **Blodprøver**

Undersøkelse av thyreoideas funksjon med måling av Fri T4 og TSH, samt vitamin B12-, folat- og homocysteinverdier i blodet anbefales i alle internasjonale konsensusdokumenter, men det er uvisst hvor stor rolle abnorme verdier har for utvikling av såkalt sekundær demens (demens som er reversibel).

### **Andre prøver**

Ved usikker demensdiagnose kan utvidet nevropsykologisk testing, undersøkelse med enfotonstomografi (SPECT) og av spinalvæske med bestemmelse av beta-amyloid og tau-protein i spinalvæsken være verdifulle undersøkelser. Dersom det er behov for slike spesialundersøkelser anbefales det at pasienten henvises til videre utredning i spesialisthelsetjenesten.

### Litteratur

Engedal K, Haugen PK m.fl. Demens – Fakta og utfordringer. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Tønsberg/Oslo 2004.

Engedal K. Diagnostikk og behandling av demens. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122(5): 530-1

Engedal K. Utredning av demens og bruk av antidemens legemidler i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125(9): 1188-90.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini Mental State”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.

Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: A factor analytic study. Age and Ageing 1982; 11: 121-6.

Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Neurology 2001; 56: 1143-53.

Nygaard HA, Ruths S. Missing the diagnosis: senile dementia in patients admitted to nursing homes. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 148-152.

Schulman KI. Clock-drawing test: is it the ideal cognitive screening test? Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15: 548-61.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO, 1993.

Waldemar G, Dubois B, Emre M, et al. Diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia. The role of neurologists in Europe. European federation of Neurological Societies. Eur J Neurol 2000; 7(2): 133-44.

---

Utviklingen av skjemaene er støttet av:



Sosial- og helsedirektoratet

Postboks 7000, St Olavs plass  
0130 Oslo

---

Skjema og veileder kan lastes ned fra:

**[www.nordemens.no](http://www.nordemens.no)**

eller bestilles per post:



**Nasjonalt  
kompetansesenter for aldersdemens**  
utvikling formidling forskning

Postboks 2136, 3103 Tønsberg  
Tlf.: 33 34 19 50, faks: 33 33 21 53  
e-post: [post@nordemens.no](mailto:post@nordemens.no)