

BASAL DEMENSUTREDNING

Beskrivelse og tolkning av tester og skjemaer

I dette dokumentet gis det en beskrivelse av de anbefalte testene og skjemaene ved basal demensutredning, samt informasjon om tolkning av resultater fra testene/skjemaene. Dokumentet er utviklet for leger og psykologer som har ansvar for å foreta basal demensutredning, men er også relevant for annet helse- og omsorgspersonell (hukommelsesteam/demensteam) som skal bistå lege/psykolog med testing og kartlegging.

Bruk av tester, spørreskjemaer og andre kartleggings skjemaer utgjør en sentral del av en basal demensutredning. For alle testene og skjemaene gjelder at de kun skal administreres av helse- og omsorgspersonell som på forhånd har gjennomgått opplæring og trening i bruk av de anbefalte verktøyene. Det diagnostiske ansvaret ligger alltid hos lege eller psykolog.

Det understrekes at den diagnostiske avklaringen aldri må gjøres på basis av resultater fra enkelt-tester eller -skjemaer alene, men alltid må baseres på en helhetlig vurdering av tilgjengelig informasjon, inklusive sykehistorien og funn fra de ulike undersøkelsene. Dersom det er samsvar mellom testresultater, egne observasjoner og opplysninger fra pårørende, foreligger det et godt grunnlag for diagnostikk.

Anbefalte tester og skjemaer til bruk ved basal demensutredning:

Kognitive tester og spørreskjemaer

- Mini Mental Status Evaluering, norsk revidert versjon (MMSE-NR3)
- Klokketest, norsk revidert versjon (KT-NR3)
- IQCODE – Spørreskjema til pårørende

ADL-vurdering, aktiviteter i dagliglivet

- Personnære ADL-aktiviteter (PADL)
- Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (IADL)
- Bruk av teknologi i hverdagen

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

- Nevropsykiatrisk intervjuguide – spørreskjema til pårørende (NPI-Q)
- Cornell skala for depresjon ved demens (CSDD)

Sikkerhet i hjemmet

- Observasjon av sikkerhet i hjemmet

Pårørendes stressbelastning

- Belastningsskala – pårørende (RSS)

Observasjonsskjema

- Klinisk demensvurdering (KDV)
Aktuelt ved utredning av beboere i sykehjem samt personer med alvorlig kognitiv svikt og/eller alvorlige kommunikasjonsvansker

Tester og skjemaer kan lastes ned fra www.aldringoghelse.no

Mini Mental Status Evaluering, norsk revidert versjon (MMSE-NR3)

MMSE-NR3 er et screeningverktøy for kartlegging av kognitive funksjoner innen områdene hukommelse, orienteringsevne, språk, forståelse og visuokonstruksjon.

Skala for skåring på MMSE-NR3 går fra 0 til 30 poeng, der 30 poeng er best oppnåelige skår. Vurderingen av testresultatet bør ikke utelukkende foretas med grunnlag i totalskår, men baseres på en kvalitativ vurdering med hensyn til utfall og utførelse på enkeltledd i testen. Om for eksempel en pasient mister ett poeng fordi hun/han bommer med flere år på spørsmålet om hvilket årstall det er, vil det være indikasjon på mer alvorlig kognitiv svikt enn om personen mister ett poeng fordi hun/han tar feil med et par dager på spørsmålet om hvilken dato det er. Likeledes vil samme vurdering gjelde om personen mister ett poeng på grunn av svak utførelse på oppgaven Figurkopiering, sammenlignet med å ta feil med en dag på spørsmålet om hvilken dag det er.

Alder og utdanningsnivå vil gjerne innvirke på testresultatet. Hos yngre personer og personer med høy utdanning kan en høy skåre på MMSE-NR3 likevel være forenlig med kognitiv svikt, mens en lav skår hos eldre personer og personer med lav utdanning kan være forenlig med normal kognitiv funksjon. Redusert språkfunksjon vil også påvirke testresultatet negativt. Testen er derfor ikke særlig egnet for pasienter med afasi, eller hos fremmedspråklige personer med mangelfulle norskkunnskaper.

Med de forbehold som er beskrevet over, og under forutsetning av at testen er utført på en lese- og skrivekyndig person med minst syv års skolegang, kan resultatet på MMSE-NR3 tolkes på følgende måte:

- En samlet skår på 28 poeng eller høyere er en indikasjon på normal kognitiv funksjon, men kan allerede være forenlig med svikt, blant annet hos personer med høy utdanning.
- En samlet 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:
 - enten at det foreligger kognitiv svikt og at videre undersøkelser er nødvendig for å kartlegge mulige årsaker til denne svikten
 - eller at andre forhold som sansesvikt, lese- og skrivevansker, manglende motivasjon eller lignende kan ha påvirket testresultatene negativt i betydelig grad

MMSE-NR3-manual er tilgjengelig på www.aldringoghelse.no.

Klokketest, norsk revidert versjon (KT-NR3)

Klokketesten finnes i ulike oversettelser og versjoner, men det anbefales å bruke norsk revidert Klokketest (KT-NR3). KT-NR3 fanger først og fremst opp pasientens evne til planmessig utføring og visuokonstruksjon. Den stiller også krav til oppmerksomhet, tallforståelse og semantisk hukommelse.

Skala for skåring på KT-NR3 går fra 0–5 poeng, der 5 poeng er beste skår. Dersom motorikk (vær oppmerksom på problemer for pasienter med hjerneslag) og syn er intakt, klarer vanligvis de fleste uten kognitiv svikt å utføre denne testen korrekt. To typer feil ses hyppig hos pasienter med demens og kognitiv svikt:

- pasienten klarer å sette tallene på riktig sted, men klarer ikke å plassere viserne riktig. Denne feilen ses hyppigst ved begynnende demens eller mild kognitiv svikt (MCI).
- 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.

I henhold til skåringskriteriene regnes 4–5 poeng som godkjent resultat. Poeng fra 0–3 anses som ikke godkjent utførelse og betyr at det foreligger en mulig kognitiv svikt som bør undersøkes nærmere. For nærmere informasjon om skåring av KT-NR3, se «Klokketest KT-NR3: Retningsgivende skåringsillustrasjoner» på www.aldringoghelse.no.

Dersom pasienten ikke oppnår godkjent skår på KT-NR3 og det er ønskelig å utrede årsaken nærmere, vil «Klokkekopieringstest», «Viserplasseringstest» og «Klokkelesningstest (KLT-NR)» kunne gi utfyllende informasjon, alle tilgjengelige på www.aldringoghelse.no. Resultater på disse testene vil kunne si noe om pasientens vansker primært skyldes eksekutiv eller visuospatial svikt, eventuelt om pasienten ikke kan klokken. Utførelsen av disse testene poengsettes ikke, men beskrives i rapporten. Testene er ikke en del av basal utredning, kun tilleggsverktøy til bruk der det ansees som relevant.

Andre aktuelle kognitive tester

I enkelte tilfeller kan det etter gjennomført kognitiv testing fortsatt være tvil om pasienten har en kognitiv svikt, eller at det kan være lite samsvar mellom testresultater, observasjoner og komparentopplysninger. Avhengig av kompetansenivå, vil det i noen tilfeller kunne være aktuelt å administrere flere tester for å utrede pasientens kognitive fungering nærmere. Tester som kan være aktuelle er Addenbrookes Kognitive Testbatteri (AKTB-NR), som er en relativt omfattende kognitiv screeningtest. Både MMSE-NR3 og KT-NR3, inngår begge i full versjon i AKTB-NR. I tillegg er det lagt inn deltester som dekker kognitive områder som ikke blir så godt ivaretatt i MMSE-NR3 og KT-NR3, som benevning, innlæring, hukommelse og eksekutive funksjoner.

Flere hukommelsesteam har erfaring med å administrere andre kognitive tester, slik som *Trail Making Test A*, *Trail Making Test B*, *Tiordstest* med mer. Erfaring og kompetanse til det aktuelle hukommelsesteamet/legen vil være styrende for hvorvidt det er aktuelt å administrere tilleggster og eventuelt valg av disse.

Kognitiv testing av personer med minoritetsbakgrunn

Vær oppmerksom på at de kognitive testene som foreslås ved basal demensutredning i en del tilfeller ikke er egnet for personer med minoritetsbakgrunn. Det gjelder spesielt personer med lavt utdanningsnivå og/eller manglende lese- og skriveferdigheter. Der kan bruk av de basale kognitive testene, norsk revidert Mini Mental Status Evaluering og norsk revidert Klokketest (MMSE-NR3 og KT-NR3), bidra til overdiagnostikk av kognitiv svikt. I slike tilfeller anbefales det i stedet å anvende et mer utdanningsnøytralt kognitivt screening-verktøy for demens; «The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)». RUDAS er enkel å administrere og kan benyttes av leger og andre helsepersonell, også med tilstedeværelse av tolk.

På nettsidene til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse finnes en norsk versjon av RUDAS, samt en veiledning for administrasjon og skåring. RUDAS kan med fordel benyttes i kombinasjon med intervju av pårørende, ved bruk av *IQCODE – Spørreskjema til pårørende* (se under).

IQCODE – Spørreskjema til pårørende

«IQCODE – Spørreskjema til pårørende», som på engelsk heter *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*, er et av de mest brukte anamneseskjemaene i verden, og har vist seg å være en god indikator på om demens kan foreligge. En fordel med IQCODE er at det tar kort tid å fylle ut og at det er lite påvirket av pasientens utdannings- og evnenivå. Skjemaet består av 16 spørsmål der pårørende blir bedt om å vurdere endringer i pasientens kognitive funksjon over de siste ti årene. Grunnen til at ti år er valgt er at man skal sammenligne med tiden da pasienten var kognitivt helt frisk.

Skjemaet kan fylles ut av pårørende alene, men det er en fordel at hukommelsesteamet, eller legen, går igjennom skjemaet sammen med den pårørende for å sikre at alle punktene blir besvart. Dersom pårørende er usikker på hvordan de skal besvare enkelte av spørsmålene, skal testleder være behjelpelig og gi eksempler på hva dette omhandler. Erfaringsmessig har flere pårørende vansker med å forstå hva som menes med spørsmål 16 «Bruke sin intelligens til å forstå ting som skjer og resonnere fornuftig». Eksempler på hva som ligger i dette kan være å forstå ringelyd på telefon eller dørklokke og handle deretter, eller å åpne/lukke vinduene når temperaturen tilsier det.

Spørsmålene i IQCODE graderes i henhold til en fem-poengs-skala («1=mye bedre» – «3=ikke særlig forandret» – «5=mye verre»). Ved å summere alle svarene til en totalskår og dele på antall besvarte spørsmål får man en gjennomsnittsskår. Gjennomsnittsskåren anvendes som mål for å angi grad av endring i pasientens kognitive funksjon. En gjennomsnittsskår høyere enn 3,44 indikerer at det foreligger en endring i kognitiv funksjon av en slik grad at demens kan være årsaken.

Skjemaer for kartlegging av ADL-funksjoner, aktiviteter i dagliglivet

I kartleggingsverktøyet finnes det tre skjemaer som kartlegger pasientens mestring av dagliglivets aktiviteter (Activities of Daily Living, ADL). Det ene kartlegger personnære ADL-aktiviteter (PADL) og omfatter seks områder knyttet til egenomsorg og personlig pleie: toalett, spising, påkledning, egenpleie, fysisk bevegelse og kroppsvask. Det andre skjemaet kartlegger instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (IADL) og inneholder åtte områder knyttet til mer komplekse dagligdagse aktiviteter: bruk av telefon, innkjøp, matlaging, husarbeid, vasking av klær, transport, ansvar for egne medisiner og håndtere egen økonomi.

Relativt nye IADL-aktiviteter som innebærer bruk av teknologi i hverdagen, slik som smarttelefon og dekker, er ikke dekket av IADL skjemaet. Det tredje skjemaet «Bruk av teknologi i hverdagen», omhandler bruk og mestring av slik teknologi. Åtte områder kartlegges: smarttelefon, PC, sosiale medier, DAB-radio, TV med dekker, kortterminal i butikk, minibank og billett-automat. For hvert område beskrives om personen bruker teknologien, har fått vansker med å bruke den, har sluttet å bruke den, har vansker med å lære seg og bruke den, eller aldri har brukt teknologien.

Diagnosen demens innebærer at det foreligger kognitiv svikt av en slik grad at den fører til sviktende ferdigheter til å klare dagliglivets aktiviteter. De instrumentelle aktivitetene er gjerne de som først svekkes ved en demenssykdom. Manglende evne til å håndtere egen økonomi og ha ansvar for egne medisiner er eksempler på vanlige ferdighetstap ved en begynnende demenssykdom. Personnære ADL-aktiviteter er sjeldnere påvirket i den tidlige fasen av demens.

De tre ADL-skjemaene har ingen definerte grenseverdier og man må vurdere svarene som gis på hvert enkelt område. Skjemaene kan brukes både til å fastslå om det foreligger en funksjonssvikt som kan skyldes en demens-tilstand, og til å beskrive hva pasienten klarer eller ikke klarer, og dermed om det er behov for å sette inn hjelpetiltak. Erfaringsmessig er det en fordel at en fra hukommelsesteamet fyller ut skjemaet i samtale med pårørende. I tidlig fase av demens vil pasienten ofte fortsatt kunne mestre mange instrumentelle aktiviteter, men med større vansker enn tidligere. ADL-skjemaene er for grove i sin utforming til å fange opp slike endringer, men i samtale vil slike vansker lettere kunne beskrives av pårørende.

Nevropsykiatrisk intervjuguide – spørreskjema til pårørende (NPI-Q)

De fleste pasienter med demens, over 90 %, vil utvikle atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) i løpet av sykdomsforløpet. APSD omtales også ofte som nevropsykiatriske symptomer. Symptomene kan debutere både tidlig og sent i demenssykdommen og variere i intensitet og varighet. APSD kan være knyttet til bestemte situasjoner, men de kan også være tidsavgrensede eller opptre på tvers av situasjoner og bli kroniske.

«Nevropsykiatrisk intervjuguide» (NPI-Q), på engelsk Neuropsychiatric Inventory, kartlegger de 12 vanligste atferdsmessige og psykologiske symptomene ved demens, inklusive vrangforestillinger, hallusinasjoner, agitasjon/aggresjon, depresjon/dysfori, angst, oppstemthet/eufori, apati/likegyldighet, manglende hemninger, irritabilitet/labilitet, avvikende motorisk atferd, søvn og appetitt/spising. Skjemaet fylles ut ved intervju av pårørende, som skal besvare om pasienten har hatt symptomene den siste måneden før kartleggingen. For hvert symptom markeres først om symptomet har vært til stede eller ikke (ja/nei). Dersom symptomet har vært til stede markeres alvorlighetsgrad, det vil si hvordan symptomet virker inn på pasienten, på en skala fra 1–3 (1 Mild = merkbar, men ikke en vesentlig forandring, 2 Moderat = betydelig, men ikke en dramatisk forandring, og 3 Alvorlig = svært markert eller tydelig, en dramatisk forandring). Dersom symptomet har vært til stede hele livet, skal spørsmålet besvares med «nei». Det samme gjelder hvis symptomet har vært til stede etter diagnose, men ikke den siste måneden.

Symptomskårene summeres til en total skår (0–36 poeng). Skår på enkeltsymptomer eller på undergrupper av symptomer er mer klinisk meningsfullt å vektlegge framfor å fokusere på totalskåren. Totalskåren vil dog kunne si noe om pasientens totale symptombelastning.

En grundig utredning av symptomene og vurdering av underliggende årsaker hos personen med demens, selve atferden hos personen og det fysiske og psykiske omsorgsmiljøet må ligge til grunn for en tilpasset oppfølging. Ved mild til moderat grad av APSD, det vil si ved begrenset lidelsestrykk eller der pasient ikke er til umiddelbar fare for seg selv, skal miljørettede tiltak som hovedregel være første behandlingsalternativ. Først når miljørettede tiltak har vært forsøkt og ikke ført fram kan legemiddelbehandling vurderes, men alltid i kombinasjon med miljørettede tiltak. Ved alvorlig grad av APSD, det vil si der pasient har høyt lidelsestrykk over tid eller ved akutte tilstander der pasient vurderes å være til umiddelbar fare for seg selv, anbefales det at legemiddelbehandling forsøkes, men alltid i kombinasjon med miljørettede tiltak.

Cornell skala for depresjon ved demens (CSDD)

Depresjon er vanlig ved demens. Omlag 20 % av pasientene med demenssykdom oppfyller kriteriene for en depresjonsdiagnose. I tillegg til dette opplever 50 % av pasientene med demenssykdom depressive symptomer uten at disse oppfyller diagnostiske kriterier for depresjon, men som likevel kan oppleves som plagsomme for den enkelte. I sykehjem ligger forekomsten høyere. Depresjon ved demens er assosiert med dårligere livskvalitet, større avhengighet i ADL-funksjoner, raskere progresjon av demenssykdommen, økt dødelighet og større pårørendebelastning. Både forekomst og konsekvenser for pasient og pårørende tilsier at det bør undersøkes for depresjon regelmessig, og at mulige underliggende årsaker utredes og behandles.

Cornell Skala for Depresjon ved Demens er det mest brukte spørreskjemaet for å vurdere depressive symptomer hos personer med demens. I veiledningen til CSDD er det poengtert at informasjonen skal innhentes gjennom intervju av en omsorgsgiver til pasienten og verifiseres gjennom observasjon og intervju av pasienten. Omsorgsgiveren kan være en pårørende eller et helse- og omsorgspersonell som kjenner pasienten godt. Innhenting av informasjon fra omsorgsgiver bør skje på basis av intervju og ikke gjennom selvutfylling. Det må skje i tråd med regler for samtykke.

For pasienten er det i kartleggingsverktøyets del, «Samtaleguide med pasienten», lagt inn to screenings-spørsmål om depresjon. Dersom svarene på disse indikerer at pasienten har symptomer på depresjon, anbefales det å bruke spørsmålene fra CSDD i videre samtale med pasienten. Samtalen med pasient gir også anledning til å observere eventuelle depressive symptomer.

CSDD omfatter totalt 19 spørsmål og hvert spørsmål vurderes på en skala fra 0–2 («0=ikke til stede, «1=moderat eller bare periodevis tilstede», «2=mye til stede»). Delskårene summeres til en totalskår som tolkes som følger:

- Total skår på 7–11 poeng indikerer mulig mild grad av depresjon
- Total skår på 12 poeng eller mer indikerer moderat/ alvorlig grad av depresjon.

Det finnes en egen veileder som inneholder informasjon om administrasjon, intervjuguide og skåring av CSDD, og som bør gjennomgås før skjemaet administreres. Se «CORNELL – skala for depresjon. Administrering og retningslinjer for skåring» på www.aldringoghelse.no.

Helse- og omsorgspersonell som kartlegger symptomer på depresjon hos personer med demens, bør være oppmerksomme på at sammenhengen mellom depresjon og demens er kompleks: Depresjon kan opptre uavhengig av demens eller som en psykologisk reaksjon på demenssykdommen og dens konsekvenser. Eventuelt kan depresjon, spesielt symptomer som apati, interesseløshet, manglende initiativ og gledeløshet, være resultat av hjerneorganiske forandringer som følge

av demenssykdommen. Ingen av disse forklaringene utelukker hverandre. Det bidrar til at behandling av depresjon ved demens er utfordrende, og at prognosen ikke alltid er like god som ved depresjon som opptrer uten demens. En helhetlig tilnærming vektlegges i behandling av depresjon ved demenssykdommer. Det innebærer at eventuell legemiddelbehandling alltid skal skje i kombinasjon med miljømessige, psykososiale og/eller psykoterapeutiske tiltak.

Sikkerhet i hjemmet

Skjemaet «Observasjon av sikkerhet i hjemmet» omfatter seks ulike temaer av betydning for sikkerheten i pasientens hjem, inklusive alarm/varsling av behov for hjelp, brannslukking, sterk varme, åpen ild, fall og våpen. Skjemaet gjennomgås sammen med pasienten som del av hukommelsesteamets kartlegging. Hensikten er å bevisstgjøre pasienten om temaene og å vurdere om det er behov for tiltak for å øke sikkerheten i hjemmet. Skjemaet bør også gjennomgås med pårørende, forutsatt pasientens samtykke, for å være sikker på at opplysningene er mest mulig korrekte. Ett eller flere ja-svar betyr at eventuelle sikkerhetstiltak må vurderes og gjennomføres ved behov, mens nei-svar indikerer relativ høy grad av sikkerhet på det aktuelle temaet.

Belastningsskala – pårørende

Pårørende er ofte en sentral ressurs til personer med demens, både når det gjelder praktisk, følelsesmessig og sosial støtte. Pårørendes risiko for belastning knyttet til omsorgsrollen er velkjent. Belastning hos pårørende kan ha alvorlige konsekvenser for pårørendes egen helse, deres rolle som omsorgsgiver og som samarbeidspartner med kommunens helse- og omsorgstjeneste.

«Belastningsskala – pårørende» er oversatt fra engelsk (Relatives' Stress Scale), og kan være egnet for å vurdere stressbelastning ved å være pårørende til en person med demens. Skjemaet kan gjerne fylles ut av den pårørende selv, eller eventuelt i samtale med hukommelsesteam. Skjemaet omfatter 15 spørsmål og på hvert spørsmål skal den pårørende angi sin opplevde belastning på en skala fra 0–4, der 0=Aldri og 4=Alltid/svært mye. Total skår kan variere fra 0 poeng til 60 poeng. Det finnes ingen fast grense for hva som må anses å være høy grad av pårørendebelastning, selv om skår på 23 eller mer gjerne har vært ansett å være betydelig. Det anbefales at svarene vurderes kvalitativt og individuelt.

Det er primært kommunen som har ansvaret for oppfølging av pårørende til personer med demens. For pårørende til personer med demens som utredes i spesialisthelsetjenesten, bør den aktuelle spesialisthelsetjenesten tilby tilpasset oppfølging til disse, eventuelt avtale med kommunen om oppfølging der. Kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten skal sørge

for nødvendig informasjon, oppfølging og avlastning (sistnevnte kun kommunens ansvar) for pårørende til personer med demens gjennom hele sykdomsforløpet. En kombinasjon av ulike tiltak bør tilbys, iverksettes og evalueres etter en individuell kartlegging og vurdering av pårørendes ønsker, ressurser og behov. Vær oppmerksom på at helse- og omsorgstjenesteloven paragraf 3–6 pålegger kommuner å tilby nødvendig pårørendestøtte, blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og/eller omsorgsstønning til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Les nærmere om tiltak knyttet til oppfølging av pårørende i Helsedirektoratets «Nasjonal faglig retningslinje om demens» og «Pårørendeveilederen» og på Aldring og helses nettsider, www.aldringoghelse.no.

Klinisk demensvurdering (KDV)

Klinisk demensvurdering (KDV) (Hughes et al. 1982) er et observasjonsskjema som kan anvendes av helse- og omsorgspersonell for å vurdere tilstedeværelse av kognitiv svikt og mulig demens, samt eventuell grad av demens. KDV er spesielt aktuelt å anvende ved utredning av pasienter med moderat/alvorlig grad av demens og/eller kommunikasjonsvansker, og er ofte brukt i sykehjem. Pasientens fungering vurderes på seks ulike områder: Hukommelse, orienteringsevne, vurderings- evne, samfunnsaktiviteter, hjem og fritidsinteresser, og egenomsorg. Hvert område vurderes på en skala fra 0 til 3, der 0=Ingen demens, 0,5=Usikker eller lett svikt, 1=Mild grad av demens, 2=Moderat grad av demens, 3=Alvorlig grad av demens. Det er en forutsetning at helse- og omsorgspersonellet har observert pasienten i minst fire uker før skåringen foretas. Ved vurdering skal det kun tas hensyn til pasientens mentale evner. Dersom annen funksjonssvikt er årsaken til at pasienten ikke fungerer tilfredsstillende på ett eller flere av områdene, skal det tas hensyn til dette ved utfylling av skjemaet. Et internettbasert treningsprogram (på engelsk) av Klinisk demensvurdering (KDV) er tilgjengelig på <https://knightadrc.wustl.edu/cdr/CDR.htm>.

«Klinisk demensvurdering (KDV)» ligger som eget skjema under «Skalaer og tester» på www.aldringoghelse.no.

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

VERKTØY FOR BASAL DEMENSUTREDNING BESTÅR AV FØLGENDE DELER:

