

# Slik er det anbefalt å gjøre basal demensutredning

Innlandets Demenskonferanse 2026

Mona Michelet



Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

## **§ 3-2. *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester***

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

# Demens

 Nasjonal faglig retningslinje

Anbefaling - Krav i lov eller forskrift

Anbefaling - Sterk

Anbefaling - Svak

- Utredning
- Oppfølging (hjemmeboende, sykehjem, legemidler osv osv)

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Er under revidering

# Ulike typer demensutredning

## Basal demensutredning



**Demens**



Nasjonal faglig retningslinje

Ved mistanke om demens bør lege tilby basal demensutredning

Anbefaling - Sterk

## Utvidet demensutredning



**Demens**



Nasjonal faglig retningslinje

Utvidet utredning forslås gjennomført i spesialisthelsetjenesten når basal utredning ikke har vært tilstrekkelig for å stille diagnose ved mistanke om demens

Anbefaling - Svak

# Grupper det er særlig aktuelt å henvise til utvidet utredning i spesialisthelsetjenesten

- Yngre personer med mistanke om demens
- Personer med utviklingshemming
- ...når språk, utdanningsnivå og/eller kultur er en barriere for utredning i primærhelsetjenesten

## ✓ Kommuner bør ha tverrfaglige team med kompetanse om demens som del av sitt tilbud til personer med demens og deres pårørende

Anbefaling - Sterk

Kommuner bør ha egne eller interkommunale tverrfaglige team som del av sitt tilbud til personer med demens og deres pårørende. Teamene omtales ofte som hukommelsesteam/ demensteam. I noen kommuner er det ikke etablert fullstendige team, men én ressursperson med kompetanse om demens ivaretar de samme oppgavene.

Teamets funksjon bør være å bistå lege under demensutredning, å sikre at personer med demens og deres pårørende gis oppfølging etter diagnose, og å sikre ett fast kontaktpunkt i kommunen videre i sykdomsforløpet. Det er en fordel om teamet minst består av sykepleier og ergoterapeut med bred kompetanse om demens, og helst også lege.

For å sikre lovkravet om helhetlige og koordinerte tjenester og behovene til personer med demens og deres pårørende i kommuner som ikke har etablert tverrfaglige team eller lignende, etableres andre samarbeidsformer.

# Basal utredning - retningslinjen

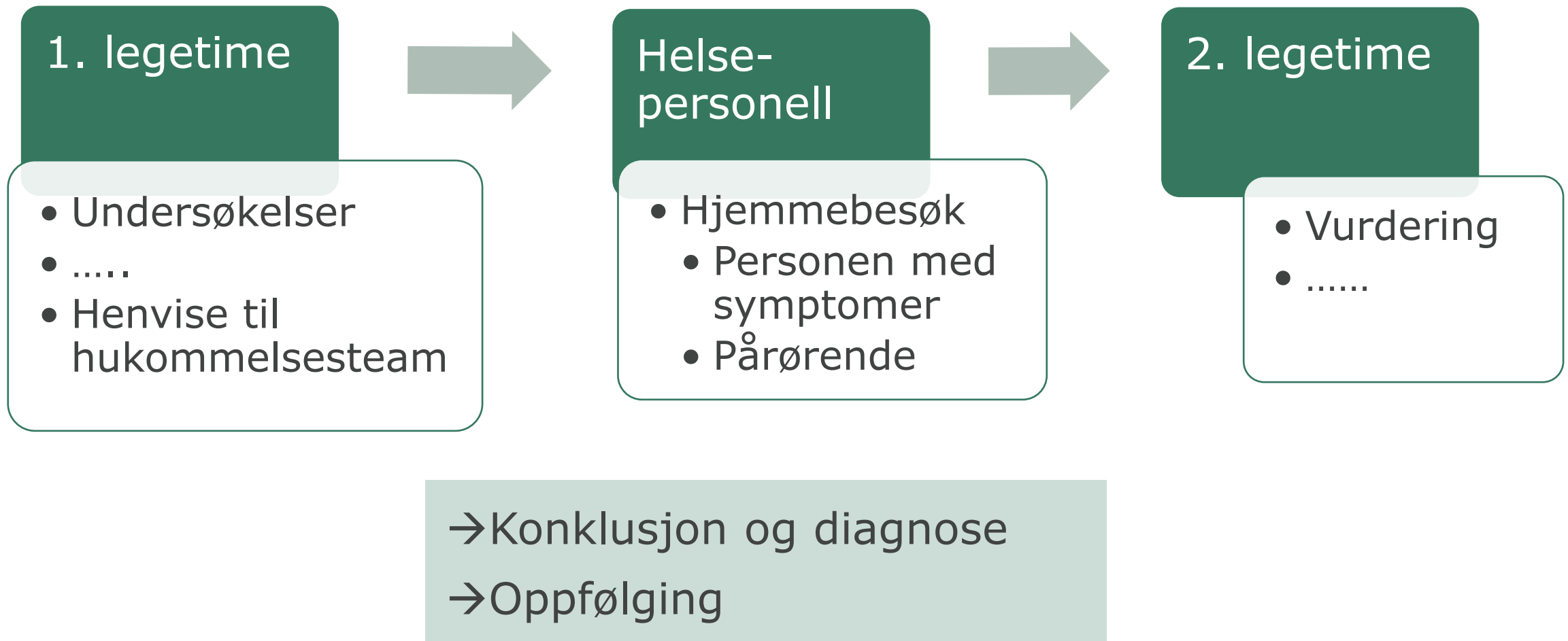
## Basal utredning ved mistanke om demens bør gjennomføres tverrfaglig og ha standardisert innhold

Anbefaling - Sterk

### ✓ Praktisk – slik kan anbefalingen følges

For å få et godt grunnlag for å stille diagnosen er det en fordel om utredning ved mistanke om demens gjennomføres gjennom flere legekonsultasjoner og i samarbeid med kommunens hukommelsesteam/team. I så fall kan legen og teamet samarbeide om å legge en plan for utredning og arbeidsfordeling (se eksempel lenger ned i teksten).

# «...gjennomføres gjennom flere legekonsultasjoner og i samarbeid med kommunens hukommelsesteam/team»



Verktøy for basal  
demensutredning

Praktiske verktøy

Basal  
demensutredning –  
utredningsverktøy  
til bruk for leger

Basal demensutredning –  
kartleggingsverktøy til bruk  
for kommunens helse- og  
omsorgspersonell

Veiledning

Veiledning til basal  
demensutredning,  
leger

Veiledning til basal  
demensutredning,  
kommunens helse- og  
omsorgspersonell

Støttmateriell

Innføring i  
enkelte sentrale  
juridiske  
aspekter

Beskrivelse og  
tolkning av  
tester og  
skjemaer

Anbefalte  
tester og  
skjemaer,  
samlet

# Legetime 1

- Somatisk undersøkelse
- Blodprøver
- Vurdering av delirium
- Vurdering av legemiddelbivirkninger på kognisjon
- MR/CT caput
- Kontakte hukommelsesteam
- OBS – hvem gjør hva lege/HT

BASAL DEMENSUTREDNING – utredningsverktøy til bruk for leger

Utredningen foreslås utført i to konsultasjoner, men dette må vurderes av den enkelte lege. Det foreslås å avsette 20 minutter til den første konsultasjonen, hvor det utføres somatisk undersøkelse. Ved andre konsultasjon foreslås 2 x 20 minutter for samtale/vurdering av pasienten, samt eventuelt samtale med pårørende. Samtale med pårørende forutsetter pasientens samtykke. For tilfeller der lege bør søke veiledning eller henvise til spesialisthelsetjeneste, se «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, leger».

■ ANBEFALING FØRSTE LEGETIME

**Somatisk undersøkelse**  
Mål blodtrykk og puls, og utfør en enkel nevrologisk undersøkelse. Vurder om det foreligger hjertesvikt, lungesykdom, infeksjoner, syns-/hørselsvekkelse, smertetilstander eller annen akutt eller kronisk sykdom. Vurder pasientens ernæringsmessige risiko og alkohol-/rusvaner.

Utført ☐ Ja ☐ Nei

Medisinalhistorie:

BASAL DEMENSUTREDNING – utredningsverktøy til bruk for leger

**Vurdering av eventuelle legemiddelbivirkninger på kognisjon**  
Legemidler med sentralnervøs effekt som psykofarmaka, antiparkinson-legemidler, opiater, glukokortikoider og antihistaminer kan gi kognitiv svikt og/eller delirium. Vurder legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

Utført ☐ Ja ☐ Nei

Merknad:

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

Utført ☐ Ja ☐ Nei

Merknad:

**Kontakte kommunens hukommelsesteam**  
Kontakt kommunens hukommelsesteam for bistand til kartlegging av pasienten dersom aktuelt. For nærmere beskrivelse av hvordan lege og hukommelsesteam kan samarbeide, se «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, leger».

Utført ☐ Ja ☐ Nei

Merknad:

olytter, albumin, eventuelt

sibel. Symptorstyrrelse av e neste punkt). en «Delirium –

# Kartlegging ved hukommelsesteam

- På forhånd:
  - avklar utredningen med fastlegen
  - hvem skal gjøre hva
  - hva finnes av informasjon fra andre
- 2 fra hukommelsesteamet drar på hjemmebesøk
- Bruker vanligvis 1,5 til 2 timer
- Snakker med både pasient/bruker og pårørende på samme besøk
- Noe felles prat først og sist, hovedsakelig hver for seg

 Aldring og helse  
nasjonal kompetansetjeneste

2019  
ISBN 978-82-8061-455-1

**BASAL DEMENSUTREDNING**  
Kartleggingsverktøy til bruk for kommunens  
helse- og omsorgspersonell

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_  
Pårørendes navn: \_\_\_\_\_  
Relasjon til pasient: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_  
Pasientens fastlege: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_  
Utfyllt av: \_\_\_\_\_ Dato for undersøkelse: \_\_\_\_\_

**Leseveiledning**  
Dette kartleggingsverktøyet tar utgangspunkt i anbefalingene gitt i Helsedirektoratets «Nasjonal faglig retningslinje om demens», tilgjengelig på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).  
Kartleggingsverktøyet beskriver hvordan kommunens helse- og omsorgspersonell kan bistå leger i gjennomføringen av basal demensutredning.  
Som hovedregel anbefales det at basal utredning ved mistanke om demens utføres av pasientens fastlege i samarbeid med personell fra kommunens øvrige helse- og omsorgstjeneste, ofte kalt hukommelsesteam eller demensteam. I dette kartleggingsverktøyet vil begrepet hukommelsesteam benyttes for helse- og omsorgspersonell som bistår lege i basal utredning av demens.  
I kartleggingsverktøyet beskrives hvilke kartlegginger en basal demensutredning bør omfatte, og hvordan kartleggingen kan gjennomføres av et hukommelsesteam. Det er utformet som et praktisk verktøy og kan skrives ut og benyttes ved kartlegging av en pasient.  
Bruk av kartleggingsverktøyet forutsetter tilstrekkelig faglig kunnskap og kompetanse.  
Det finnes en egen veiledning til kartleggingsverktøyet «Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning, kommunens helse- og omsorgspersonell», tilgjengelig på [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no). Veiledningen inneholder forslag til hvordan fastlege og hukommelsesteam kan samarbeide i gjennomføring av en basal demensutredning, tips for gjennomføring av kartlegging/hjemmebesøk, utarbeidelse av rapport, formidling av resultater, og planlegging av videre tiltak og oppfølging.  
For hukommelsesteam med liten erfaring i demensutredning anbefales at veiledningen leses før kartlegging gjennomføres.  
Hukommelsesteamets kartlegging ved basal demensutredning skal først igangsettes etter avtale med henvisende lege og etter at pasienten har gitt sitt samtykke om dette. Resultatet av kartleggingen må i sin helhet formidles tilbake til henvisende lege.

Kun til bruk i klinisk eller ved forskning. Ikke til kommersiell bruk

[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

# Kartlegging ved hukommelsesteam - pasient

- Innledende samtale
  - Intervjuguide med forslag til spørsmål
- Kognitiv testing
  - MMSE-NR3
  - Klokketest KT-NR3

BASAL DEMENSUTREDNING – kartleggingsverktøy til bruk for kommunens helse- og omsorgspersonell

## Samtaleguide – pasient

**Framgangsmåte ved basal demensutredning, for hukommelsesteam**

Som hovedregel bør kartlegging skje hjemme hos pasienten. En pårørende bør være til stede dersom pasienten samtykker til dette. Der det er mulig bør to representanter fra hukommelsesteamet gjennomføre hjemmebesøket. Hukommelsesteamet må presentere

 Aldring og helse  
Nasjonal kompetansetjeneste

©Aldring og helse, 2021  
ISBN 978-82-8061-749-1

## NORSK REVIDERT MINI MENTAL STATUS EVALUERING (MMSE-NR3)

Carsten Strøbel & Knut Engedal, 2021

Pasient (PAS)/fødselsdato: \_\_\_\_\_ Språk/tolk: \_\_\_\_\_

Skolegang/utdanning/antall år: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_

Hørsel/høreapparat: \_\_\_\_\_ Syn/briller: \_\_\_\_\_

Testleder (TL): \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Teststed: \_\_\_\_\_

Er PAS testet med MMSE-NR3 før? Nei ☐ Ja ☐ →

| Forrige testdato | Teststed | Oppgavesett | Sumskår |
|------------------|----------|-------------|---------|
|                  |          |             | /30     |

 Aldring og helse  
Nasjonal kompetansetjeneste

©Aldring og helse, 2021  
ISBN 978-82-8061-836-4

## NORSK REVIDERT KLOKKETEST (KT-NR3)

Carsten Strøbel, Olav Aaga, Peter Bekhus-Wetterberg, Martin Brinken, Martin Bytad, Knut Engedal, Cecilie Gaustad, Hans Johansen, Katinka Odner & Laila Veth, 2021

Pasient (PAS): \_\_\_\_\_ Testleder (TL): \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Bruk KT-NR3 til utredning, forløpskontroll og evaluering av behandlingseffekt ved demens, hjerneslag og andre sykdommer som påvirker kognitiv funksjon. KT-NR3 kan inngå ved vurdering av om helsekrav for førerkort er oppfylt. KT-NR3 avdekker svikt i semantisk hukommelse (kunnskap om hvilke tall som er på klokka, tallplassering og hva som er time- og minuttviser), rom-, retnings- og tidsorienteringsevne, visuell persepsjon, visuell oppmerksomhet (neglekt) og eksekutiv funksjon (abstrakt tenkning, organisering og planmessig utførelse). KT-NR3 forutsetter at PAS kunne klokka før sykdom. Utførelse kan påvirkes av svekket syn og hørsel, smerter, lav testinnsats, afasi, dyskalkuli, tremor, nedsatt førighet, blyant i ikke-dominant hånd og lite skolegang. Ved behov bør PAS bruke briller og hørselshjelpemidler.

Sørg for at PAS ikke kan se på klokke ved utførelse. Ikke la PAS rotere testarket ved tallinnsettelse, hold på arket om nødvendig. Ha flere testark tilgjengelig for ev. umiddelbar retest. Les **uthevet** tekst høyt, langsomt og tydelig. Gjenta instruksjon ved behov.

**1. Legg blyant, viskelær og ett testark på bordet foran PAS. 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 på en vanlig klokke. Gjør det så nøyaktig som mulig.**

# Kartlegging ved hukommelsesteam – pasient forts.

- Observasjoner i aktiviteter i dagliglivet (ADL)
  - Generelle
  - Under praktiske gjøremål
  - Under en målrettet praktisk aktivitet
- Vurdering av sikkerhet i hjemmet
  - Ja / nei-spørsmål
  - OBS! Kan bruke?

## Kartlegging ved hukommelsesteam – pårørende/komparent

- Innledende samtale
- Endring i kognitiv funksjon hos pasienten (IQCODE)
- Pasientens evne til å utføre dagliglivets aktiviteter (IADL + PADL)
- Vurdering av symptomer på depresjon hos pasienten (CSDD)
- Vurdering av andre atferdsmessige og psykologiske symptomer hos pasienten (NPI-Q)
- Pårørendes opplevelse av situasjon og omsorgsbelastning (RSS)

# Etterpå

- Felles prat til slutt -
  - Oppsummering - hva har vi snakket om?
  - Hva skjer videre? Aktuelle tiltak og tjenester
- Rapport/informasjon til, og samarbeid med fastlegen

# Legetime 2

- Intervju av pårørende
- Kognitiv utredning
- Vurdering av APSD
- Vurdering av kjøreevne, oppfyllelse av helsesertifikater, omsorgsansvar og tilgang til våpen
- OBS – hvem gjør hva lege/HT

## Vurdering av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens

Pasientens psykiske status bør vurderes gjennom samtale og bruk av kartleggingsverktøy med pasienten selv og pårørende, forutsatt samtykke fra pasient.

Depresjon er en viktig differensialdiagnose til demens. Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD) utfylles ved intervju med pårørende eller omsorgsperson som vurderer pasientens depressive symptomer. Dersom lege i tillegg vurderer å benytte Montgomery Aasb MMSE-NR3 skåre over 20.

For å kartlegge andre atferdsmessige spørreskjema til pårørende» (NPI-Q)

Utført ☐ Ja ☐ Nei

Merknad:

## Vurdering av kjøreevne samt opp

Vurder om pasienten oppfyller helsekriterier eller andre helsesertifikater når dette i helsekravene til førerkort, se Helsedirektoratets tilgang til våpen bør avklares og ved

Utført ☐ Ja ☐ Nei

Merknad:

## ANBEFALING ANDRE LEGETIME

Undersøkelsene og vurderingene som bør gjøres i andre legetime er såpass tidkrevende, spesielt dersom legen skal gjennomføre alle tester og spørreskjemaer alene, at det anbefales å sette av en dobbelttime for gjennomføring av dette. Det må på forhånd være avklart med hukommelsesteamet hvorvidt det er legen eller hukommelsesteamet som skal administrere de enkelte testene og spørreskjemaene nevnt nedenfor. Legen avgjør i hvert enkelt tilfelle hva som er ønskelig og forsvarlig.

## Intervju av pårørende

Pårørende bør, etter samtykke fra pasienten, bli spurt om endringer i pasientens funksjon over tid. Spør om endringer av hukommelse / kognitiv funksjon, aktiviteter i dagliglivet (ADL-funksjon), deltakelse i sosialt liv og atferd (depressive symptomer, passivitet, irritabilitet, uro og angst). Der hvor hukommelsesteamet har administrert spørreskjemaer, kan legen med fordel ta utgangspunkt i disse i samtalen med pårørende. Dersom ikke hukommelsesteamet har administrert spørreskjemaer, bør legen selv gjøre dette. Aktuelle spørreskjemaer er:

- **IQCODE – Spørreskjema til pårørende** – brukes for å evaluere endringer i pasientens kognitive funksjon slik de arter seg praktisk i hverdagen og oppleves av pårørende.
- **Instrumentelle Aktiviteter i Dagliglivet (IADL)** – gir opplysninger om hvordan pårørende opplever at pasienten klarer seg praktisk i det daglige med hensyn til mer komplekse aktiviteter, slik som matlaging, husarbeid, håndtere egen økonomi, legemidler med mer.
- **Personnære Aktiviteter i Dagliglivet (PADL)** – kartlegger hvordan pårørende opplever at pasienten klarer seg praktisk i hverdagen med hensyn til basale aktiviteter, slik som personlig hygiene, påkledning, toalettbesøk med mer.
- **Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD)** – brukes for å vurdere depressive symptomer hos pasienten slik de oppleves av pårørende.
- **Nevropsykiatrisk Intervjuguide – spørreskjema til pårørende (NPI-Q)** – brukes for å vurdere andre adferdsmessige og psykologiske symptomer hos pasienten.
- **Belastningsskala – pårørende** – kartlegger pårørendes stressbelastning.

Skjemaene er tilgjengelige på Aldring og helses hjemmesider under «Basal demensutredning – anbefalte tester og skjemaer, samlet».

Utført ☐ Ja ☐ Nei

Merknad:

## Kognitiv utredning

Kognitiv utredning bør, om mulig, gjennomføres både gjennom samtale med pasient og pårørende, og ved bruk av anbefalte kognitive tester, slik som norsk revidert **Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3)** og norsk revidert **Klokketest (KT-NR3)**. Vær oppmerksom på at flere faktorer kan påvirke testresultater, slik som alder, motivasjon, utdanningsnivå, språkfunksjon, kultur, psykisk tilstand, syn, hørsel og somatisk tilstand. Det betyr at en høy skår faktisk kan være forenlig med kognitiv svikt eller demens, og at en lav skår kan være forenlig med kognitiv fungering innenfor normalområdet. Ved fortolkning av testresultater er det derfor sentralt å ta hensyn til pasientens antatte premorbiditet og utdanningsnivå. For nærmere informasjon, se dokumentet «Basal demensutredning – beskrivelse og tolkning av tester og skjemaer» på [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no).

Utført ☐ Ja ☐ Nei

Merknad:

**KONKLUSJON AV UTREDNINGEN**

Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen. I henhold til «the International Classification of Diseases», 10. utgave (ICD-10) må kriteriene gitt under være oppfylt for en demensdiagnose. Disse kriteriene tilsvarer ICD-2 P-70 demens. Etter gjennomført utredning kan resultatene vurderes opp mot dette kriteriesettet:

- Dersom svarene på spørsmålene under er «ja» på 1-4, foreligger demens.
- Dersom svarene er «ja» på punkt 1.1 og/eller 1.2, men «nei» på punkt 1.3, foreligger mild kognitiv svikt (MCI).
- I enkelte tilfeller kan det etter endt utredning fremdeles være usikkerhet 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 laboratorieresultatene. Er det fortsatt mistanke om at pasienten har en begynnende demens eller kognitiv svikt av annen årsak, bør legen rådføre seg med eller henvise til spesialisthelsetjenesten, eventuelt avvente og gjøre en oppfølgende utredning, eksempelvis etter 6 til 12 måneder.

|   |                                                                                                                                              | Ja                       | Nei                      |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | (1) Svekket hukommelse, især for nyere data                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (2) Svekkelse av andre kognitive funksjoner, for eksempel abstraksjonsevne, språkevne, vurderingsevne, logisk tenkevne, praksis (minimum to) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (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"/> |

**Angivelse av spesifikk demensdiagnose**

Dersom pasienten oppfylder kriteriene for demens, bør det angis hvilken demenssykdom som foreligger.

- ☐ **Alzheimers demens (AD)**  
Vanligvis snikende start og progresjon, hukommessvikt som mest sentrale symptom initialt.
- ☐ **Vaskulær demens (VaD)**  
Oppstår akutt eller gradvis etter en eller flere cerebrovaskulære hendelser, symptomer avhenger av lokalisasjon av hendelsene.
- ☐ **Alzheimers demens (AD) + Vaskulær demens (VaD)**  
Tegn til begge tilstander. Det er ikke så uvanlig hos de aller eldste.
- ☐ **Frontotemporal demens (FTD)**  
Personlighetsendring i form av bortfall av hemninger eller initiativ kombinert med redusert sykdomsinnsikt, er mer uttalt enn den kognitive svikten initialt.
- ☐ **Demens med lewylegemer (DLL)**  
Parkinsonisme, synshallusinasjoner, fluktuerende kognitiv svikt, REM-søvnforstyrrelse, for eksempel fysisk utagering i søvne.
- ☐ **Demens ved Parkinsons sykdom (PD)**  
Demenssymptomer kommer > 1 år etter parkinsonismen, symptomer som ved demens med lewylegemer.
- ☐ **Uspesifisert demens**

# Lege - konklusjon

## Guide til konklusjon av utredningen:

- Er det demens?
- Type demens?
- Alvorlighetsgrad?

**Angivelse av alvorlighetsgrad av demens**

I tilfeller der pasienten oppfylder diagnosekriteriene for demens, bør alvorlighetsgraden av demens angis da dette er av betydning for legemiddelbehandling og for videre planlegging av øvrig helse- og omsorgstiltak. I henhold til ICD-10 skilles det mellom:

- ☐ **Mild grad:**  
Klarer seg uten hjelp i basale ADL-aktiviteter, slik som spising, påkledning og personlig hygiene, men behov for tilrettelegging/hjelp til mer kompliserte ADL-aktiviteter, slik som å betale regninger, bruke PC eller telefon/mobil, holde avtaler og planlegge innkjøp.
- ☐ **Moderat grad:**  
Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre. Kun enklere dagligdagse aktiviteter kan utføres, avhengig av hjelp til for eksempel å gjøre innkjøp og ivareta økonomi.
- ☐ **Alvorlig grad:**  
Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig.

# Lege – oppsummere og informere

- Hvis konklusjonen er demens – Legetime/ møte med pasienten, pårørende og evt. hukommelsesteam (obs! samtykke)
  - Formidling av resultater fra utredningen, informasjon om diagnose
  - Vurdering av behov for legemidler
  - Planlegging av oppfølging fra lege og kommunen
  - Informasjon om og oppfordring til kontakt med hukommelsesteam

# Samarbeid fastlegene og hukommelsesteamet

- Samarbeid om:
  - Utredning
  - Oppfølging
- Prosedyre for samarbeidet anbefales:
  - Når og hvordan henvise
  - Hvilke oppgaver
  - Hvem gjør hva
  - Arenaer for samarbeid (e-melding, telefon, møter osv)
  - Med mer



Aldring og helse  
Nasjonalt senter

# Veiviser demens

---

## VEIVISER DEMENS

- ◊ Mistanke
- ◊ Utredning og diagnose
- ◊ Selvstendig med støtte
- ◊ Hjemme med tjenester
- ◊ Heldøgns omsorg
- ◊ Omsorg ved livets slutt

 Forutsetninger

 Grupper med særskilte behov

 Kunnskap om demens

## VEIVISER DEMENS

Denne veiviseren er et hjelpemiddel for helse- og omsorgstjenestene. Den gir råd og tips om hvordan gode tjenester til personer demens og deres pårørende kan sikres og organiseres, i de ulike fasene av demenssykdommen. Veiviseren kan også være en kilde til informasjon for personer med demens og deres pårørende om aktuelle tilbud og tjenester.

Veiviseren er basert på Nasjonal faglig retningslinje om demens og beskriver hvordan Demensretningslinjen kan gjennomføres i praksis, i et forløpsperspektiv. Veiviseren bygger også på nasjonale og internasjonale erfaringer og forskning.

En «bruksanvisning»  
for demens-  
retningslinjen



# Veiviseren skal

- Vise hvordan anbefalingene i Demensretningslinjen kan følges i ulike faser av demenssykdommen
- Gi råd og tips som bidrar til et godt og sammenhengende pasientforløp ved demenssykdom
  - Aktuelle tiltak i de ulike fasene av demenssykdommen
  - Organisering av gode tjenester

# Målgrupper

---

1. Beslutningstakere på alle nivåer
2. Ansatte i Helse- og omsorgstjenestene
3. Personer med demens og deres pårørende

Veiviser demens er utviklet i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Aldring og helse

# VEIVISER DEMENS

- Mistanke
- Utredning og diagnose
- Selvstendig med støtte
- Hjemme med tjenester
- Heldøgns omsorg
- Omsorg ved livets slutt

📖 Forutsetninger

👥 Grupper med særskilte behov

🧠 Mer kunnskap om demens

## Utredning og diagnose

Utredning gjøres vanligvis av fastlegen i samarbeid med et hukommelsesteam eller en ressursperson på demens. I noen tilfeller skal utredning skje i spesialisthelsetjenesten. Utredning er viktig for å finne ut om det er demens eller en annen diagnose.

Det er også viktig for å finne ut hvilken oppfølging personen kan ha behov for videre.



Søk i veiviser

Hvem bør utredes hvor?

Basal utredning

Utvidet utredning

Konkludere og formidle

*"Basal utredning ved mistanke om demens bør gjennomføres tverrfaglig og ha standardisert innhold. "*

[> Gå til retningslinjen](#)



### Organisering av og innhold i basal utredning

Ved mistanke om demens har som regel fastlegen, eventuelt sykehjemslegen, ansvar for å vurdere behov for og eventuelt tilby demensutredning. En basal demensutredning omfatter et minimum av undersøkelser og tester som bør gjennomføres. Det omfatter somatisk undersøkelse, blodprøver, bildeundersøkelse av hjernen, kartlegging av psykisk og kognitiv fungering, mestring av daglige gjøremål, hjelpebehov med mer. I tillegg til undersøkelse av pasienten anbefales det at man intervjuer en pårørende eller nærstående som kjenner pasienten godt (også kalt en komparentsamtale). Det kan bidra til å gi et helhetlig bilde av pasientens funksjon, endring i kognisjon og pårørendes belastning. Å gjennomføre et intervju med pårørende fordrer at pasienten samtykker til det.

Et mer demensvennlig samfunn  
Nasjonalforeningen for  
folkehelsens kampanje «Et mer  
demensvennlig samfunn» ønsker å  
bidra til at hverdagen blir enklere  
for personer med demens. De har  
også utarbeidet ressurser der  
kommuner og andre kan få tips  
om hvordan man kan utforme  
omgivelsene mer universelt, også  
når det gjelder kognisjon, og slik at  
personer med demens kan  
oppleve bedre mestring.  
Du finner ressursene her:

[Demensvennlig samfunn](#) 

[Demens og universell utforming](#) 

Ofte kan personer med demens fortsette med viktige aktiviteter med litt støtte fra noen i nettverket, samtidig som de får opprettholdt kontakten med nettverket sitt. Kontaktpersonen fra kommunen kan bidra med råd og veiledning om hvordan personen, pårørende og nettverket kan organisere sosial kontakt og fortsette å delta i aktiviteter. [Les mer om kartlegging av og opprettholdelse av nettverk, hos Nasjonalforeningen for folkehelsen](#) .

## Erfaringer fra «systematisk oppfølging etter demensdiagnose»

I 2016 ga Helsedirektoratet tilskudd for å utvikle og prøve ut modeller for systematisk oppfølging etter demensdiagnose. Alle kommunene som deltok i prosjektet «Systematisk oppfølging etter demensdiagnose», oppga at utgangspunktet for samtalene ved oppfølgende hjemmebesøk var «Hva er viktig for deg?». [Les mer om «Hva er viktig for deg?» hos KS](#). 

[Min livshistorie. Hvem er jeg?](#)  bidrar til å bli kjent med personens livshistorie, verdier, interesser og kartlegging av nettverk. Slik får de som skal hjelpe, innsikt i personens ønsker og behov.

# Takk for meg!

<https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>

<https://veiviserdemens.no>

[mona.michelet@aldringoghelse.no](mailto:mona.michelet@aldringoghelse.no)