



# REGION SKÅNES REKOMMENDERADE BASALA KOGNITIVA TESTBATTERI

MANUAL FÖR ADMINISTRERING

KUNSKAPSCENTRUM DEMENSSJUKDOMAR

2018-06-15

# 1 INNEHÅLL

---

<b>2</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>2</b>
	Dokumentinformation .....	2
<b>3</b>	<b>Den kognitiva testningen.....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>Faktorer som kan påverka testresultatet .....</b>	<b>4</b>
	Testmiljön.....	4
	Testledaren.....	4
	Patienten .....	5
<b>5</b>	<b>Under testningen .....</b>	<b>5</b>
	Kvalitativ bedömning .....	6
<b>6</b>	<b>Det kognitiva testbatteriet .....</b>	<b>6</b>
	Globala test .....	6
	MMSE-SR.....	7
	MoCA.....	7
	RUDAS-S .....	7
	Tilläggstest.....	7
	10-ORDSLISTA FRÅN TESTET ADAS-COG.....	7
	AQT ELLER TMT A+B .....	7
	Klocktest och Kubkopieringstest .....	8
<b>7</b>	<b>Val av test.....</b>	<b>8</b>
	Kognitiv testning vid basal utredning.....	9
	Kognitiv testning vid årliga uppföljningar .....	9
	Kognitiv testning vid utvärdering av läkemedel.....	9
	Kognitiv testning vid körkortsbedömning .....	9
	Kognitiv testning om annat modersmål än svenska .....	10
<b>8</b>	<b>Testinstruktioner.....</b>	<b>10</b>
	10-ordslista från testet adas-cog .....	11
	AQT .....	13
	TMT A+B .....	15
	KLOCKTEST.....	18
	KUBKOPIERINGSTEST .....	20
<b>9</b>	<b>REFERENSER.....</b>	<b>21</b>
	Bilaga 1 - Matris Region Skånes rekommenderade basala kognitiva testbatteri .....	22
	Bilaga 2 - Frågor och svar från filmen "Doktorn frågar doktorn" .....	23

## 2 INLEDNING

---

Denna manual och tillhörande dokument är framtagna av Region Skånes Kunskapscentrum (KC) demenssjukdomar och vänder sig till dig som utför kognitiv testning, och dokumenterar resultatet av den, i Skåne utanför specialistminnesmottagning. Motsvarande manual finns för bedömning och tolkning av resultaten på utförda test. Manualernas syfte är att kvalitetssäkra utförandet och bedömningen av den kognitiva testningen, som ett led i god och jämlik vård i Region Skåne.

Föreliggande rekommenderade testbatteri har sin utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017a) samt Region Skånes vårdprogram för sjukdomar med varaktig kognitiv svikt (2018). Testen täcker in de kognitiva domäner som är testbara och som ingår i DSM-5-kriterierna (2014) för diagnos av lindrig kognitiv funktionsnedsättning (även benämnt lindrig kognitiv svikt/lindrig kognitiv störning) alternativt kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

På KC demenssjukdomars hemsida [www.skane.se/kcdemens](http://www.skane.se/kcdemens) (Kognitiv utredning → Kognitiv testning) hittar du, förutom denna manual:

- Manual för bedömning och tolkning av testresultat, avsedd för läkare
- Instruktionsfilmer till samtliga rekommenderade kognitiva test
- Testprotokoll till samtliga rekommenderade kognitiva test
- Beställningsformulär av testhäfte till: *10-ordslista från testet ADAS-cog* samt *AQT*
- Anmälan till utbildningar inom kognitiva sjukdomar, kognitiv utredning samt kognitiv testning

Synpunkter inför revidering tas tacksamt emot.

Kontakt: [kc.demens@skane.se](mailto:kc.demens@skane.se)

### DOKUMENTINFORMATION

Testbatteriet har tagits fram i samverkan mellan KC demenssjukdomar och Sebastian Palmqvist (Leg. Läkare, Docent), Oskar Hansson (Överläkare, Professor) samt Per Johansson (Överläkare, Docent).

Faktagranskare: Sebastian Palmqvist, Leg. Läkare, Docent.

Ansvar för revidering: KC demenssjukdomar, enligt tidsplan för revidering av Region Skånes vårdprogram för sjukdomar med varaktig kognitiv svikt 2020-04-30, eller tidigare vid behov.

### 3 DEN KOGNITIVA TESTNINGEN

---

Syftet med den kognitiva testningen är att på ett objektivt sätt undersöka en persons kognitiva förmåga. Den kognitiva testningen är dels en obligatorisk del inom den basala utredningen av demenssjukdom enligt Socialstyrelsens riktlinjer men utförs även i samband med årliga uppföljningar av personer med diagnostiserad kognitiv svikt eller sjukdom för att t ex följa sjukdomsprogression och behov av kommunala omsorgsinsatser och även vid bedömning av körkortsförmåga. Vid diagnostik av kognitiv svikt/sjukdom är syftet att kunna påvisa nedsättning i en eller flera kognitiva domäner utifrån vad som framkommit i anamnes (det är alltså kombination av anamnes och kognitiv testning som används för att påvisa en kognitiv svikt).

Kognition avser hjärnans förmåga att ta emot, lagra, bearbeta och förmedla information. De kognitiva domänerna delas in i:

- **Uppmärksamhet;** den övergripande funktion som krävs för att upprätthålla övriga kognitiva funktioner. Vid svikt i denna domän ses t ex svårigheter att hålla tråden i samtal, upprepa telefonnummer eller adresser, svarslatens och förlångsammad bearbetning.
- **Exekutiva funktioner;** förmågan att initiera och planera uppgifter samt utföra dem ändamålsenligt. Vid svikt i denna domän ses t ex initiativlöshet, svårigheter vid komplexa uppgifter (ffa med flera olika moment) som t ex att betala räkningar, följa bruksanvisningar och kontokortsbetalning.
- **Minne;** förmågan att lagra in och komma ihåg händelser eller samtal. Här är det viktigt att fokusera på det som skett nära i tiden (timmar, dagar, veckor). Vid svikt i denna domän behöver t ex patienten ofta bli påmind, upprepar sig i samtal, har svårigheter att komma ihåg vad som nyss skett eller sagts, svårt att passa tider eller veta vilken dag/månad/år det är.
- **Språk;** vid svikt i denna domän ses svårigheter att förstå (impresiv) och/eller uttrycka sig (expressiv) verbalt. T ex svårigheter att förstå instruktioner eller vad andra säger, finna ord (använder omskrivningar eller allmänna termer) samt stakande i talet och upprepande av vad andra säger.
- **Visuospatial förmåga;** tolkning av synintryck som är viktigt bl a för navigering, rumsuppfattning, igenkänning och många praktiska sysslor. Vid svikt i denna domän ses t ex svårigheter att hitta i nya miljöer eller i sitt närområde, att orientera sin kropp till omgivningen (t ex att sätta sig i en stol) och parkera bilen. Ofta försvåras symptomen vid mörker eller skymning.
- **Social kognition;** beteende och personlighetsaspekter. Vid svikt i denna domän ses t ex omdömessvikt, svårigheter att notera sociala signaler och att läsa av ansiktsuttryck, blödighet, känslomässig avflackning, försämrade empati, aggressivitet, bristande insikt eller förändrat ätbeteende.

Ref: DSM-5 (2014)

## 4 FAKTORER SOM KAN PÅVERKA TESTRESULTATET

---

Flertalet faktorer kan påverka testresultatet, inte bara den miljö som testet utförs i utan även patientens egna förutsättningar, och du som testledare. Som testledare ansvarar du för att identifiera dessa för att undvika, minimera eller optimera dess påverkan. De som inte går att undvika bör dokumenteras, och tas hänsyn till vid bedömning av testresultatet. Syftet är att optimera patientens förmåga till fokusering, och sträva efter ett objektiva och tillförlitligt resultat.

### TESTMILJÖN

Platsen där den kognitiva testningen utförs kan inte alltid styras över men som testledare är det viktigt att vara medveten om vilka miljöfaktorer som kan ha påverkan på testresultatet och verka för att minimera effekterna av dessa. Sådant som eventuellt kan ha haft påverkan på testresultatet ska dokumenteras.

- Störande intryck såsom ljud och rörelse bör minimeras; använd gärna ett avskilt rum
- Belysningen bör optimeras så att patienten ser uppgifterna ordentligt
- Att sitta mittemot varandra och ha ett bord i bra arbetshöjd underlättar för patienten
- Visuella ledtrådar såsom t ex klockor och almanackor bör undvikas
- Visuella intryck såsom utsikt mot ett fönster eller oreda i rummet bör minimeras
- Testningen bör i största möjliga utsträckning ske mellan testledare och patient, inga andra i rummet

Anhöriga är en viktig resurs som en del av den kognitiva utredningen men när det gäller testsituationen bör den i största möjliga utsträckning ske mellan patient och testledare. Går det inte att undvika, är det viktigt att anhöriga placeras bakom, och utom synhåll för patienten. Anhöriga kan med fördel vänta i väntrummet, eller i ett annat rum om testningen utförs i hemmet och till exempel fylla i andra dokument som behövs i samband med utredningen.

### TESTLEDAREN

Du som testledare är också en faktor som påverkar resultatet och det är därför viktigt att försöka sträva efter att standardisera sitt eget utförande. Testresultaten ska vara tillförlitliga och jämförbara, oavsett vem som varit testledare.

- Var påläst på instruktionerna och följ dem
- Var objektiv i bedömningen av rätt eller fel
- Ha kunskap om testen du ska utföra; vad de testar och i vilket syfte de ska utföras
- Öva på andra personer innan du testar på patienter så att du känner dig trygg i testsituationen
- Sammanräkning av poäng är en stor felkälla som kan undvikas om du är påläst i bedömning och poängsättning, och räknar samman poängen i efterhand i lugn och ro

Viktigt är också att som testledare vara medveten om sin roll och det som signaleras med kroppsspråk och mimik. Försök att vara närvarande och lämna stress och tankar på annat utanför rummet.

## PATIENTEN

Som testledare är det också viktigt att optimera patientens förmåga inför testningen. Här finns flera olika faktorer som kan påverka testresultatet. En del kan minimeras genom att informera patienten inför besöket, och andra får frågas om i samband med besöket. Dokumentera faktorer som kan ha haft påverkan på testresultatet.

- Modersmål; finns det behov av tolk?
- Syn och hörsel; om behov av glasögon och/eller hörapparat uppmana att ta med vid besöket
- Faktorer som hunger, sömn och stress kan påverka och bör informeras om inför besöket
- Plats och tidpunkt för testningen; vad passar patienten bäst kognitivt?
- Tar patienten läkemedel som har kognitiv påverkan? (dokumentera vilka läkemedel patienten tar)
- Smärtpåverkad?
- Somatiska och/eller psykiatriska sjukdomar?
- Dysfasi/talstörning?
- Oförmåga att räkna, läsa eller skriva?
- Utbildningsnivå och yrke

För att adekvat bedömning av testresultatet ska kunna göras måste testningen föregås av komplett anamnes från patient och anhörig. Mallar för detta finns för utskrift på KC demenssjukdomars [hemsida](#) (→ Kognitiv utredning → Arbetsdokument).

## 5 UNDER TESTNINGEN

---

Som testledare är det viktigt att både känna sig trygg i sin egen roll, och att få patienten att känna sig trygg i testsituationen. Att bli testad kan upplevas som både skrämmande och integritetskränkande. Har patienten en negativ inställning till att bli testad kan detta också påverka resultatet, börja därför gärna med anamnestagning, och informera om syftet med besöket. Innan testningen börjar är det bra att informera om att vissa frågor är svårare och andra är lättare men det är samma frågor som ställs till alla, att det är en obligatorisk del i den kognitiva utredningen, och att de ska göra så gott de kan. Under testningens gång är det viktigt att tänka på:

- Ha allt material du behöver nära tillgängligt så du inte behöver resa dig.
- Ha inte testprotokollet synligt för patienten; använd t ex en pärm eller ett block som du håller upprätt så inte instruktionerna, eller om du markerar rätt/fel, syns.
- Ha ögonkontakt med patienten och se till att han eller hon förstår och är uppmärksam innan vidare instruktioner ges.
- Uppmuntra patienten för att bibehålla uppmärksamhet och att prestera så bra som möjligt.
- Rätta inte patienten om det inte uttryckligen preciseras i instruktionerna. Om patienten undrar över om något varit rätt eller fel är det oftast enklast att förklara att du som testledare inte får berätta det under pågående testning men att ni kan gå igenom det efteråt.
- Få patienten att fokusera på testningen, annat kan ni prata om efteråt.
- Om patienten inte kan svara på en fråga eller utföra en uppgift – uppmuntra patienten till att försöka.
- Ge inte ledtrådar om det inte står i instruktionen.
- Var tydlig i instruktionerna och tänk på ditt uttal.

## KVALITATIV BEDÖMNING

Under testningens gång är det också viktigt att observera och dokumentera kvalitativa variabler som inte fångas i testens totalpoäng men som kan ha betydelse vid bedömning av resultatet. Även faktorer som inte direkt har påverkan på testresultatet men som hjälper vid bedömning av patientens eventuella kognitiva nedsättning är det viktigt att vara observant på och att dokumentera.

- Beteendet avvikande på något sätt? T ex nervös, likgiltig, upprepar sig, osäkerhet; korrigerar uppgifterna flera gånger, frågar om.
- Uppmärksamhet; t ex lyssnar och verkar förstå instruktionerna.
- Samarbete; t ex verkar göra sitt bästa eller har svårt att ta sig an uppgiften.
- Tidsåtgång; alla test har inte tidtagning och viktigt är då att notera eventuell förlångsamning.
- Dokumentera patientens svar, inte bara om det är rätt eller fel; vilka fel? Hur felaktigt är svaret? Ett fel ger 0 poäng men kvalitativt kan det finnas skillnader mellan olika typer av fel, t ex svarar att det nu är år 1973 eller 2017.
- Observera rörelsemönster; ex hasande, trippande, sätter/lägger sig snett.
- Observera talförmåga; ex stakar sig, tappar ord.

## 6 DET KOGNITIVA TESTBATTERIET

---

Nio kognitiva test finns med i det rekommenderade kognitiva testbatteriet och är utvalda för att undersöka de tidigare nämnda kognitiva domänerna. Först väljs ett av de globala testen, och därefter ett eller flera av tilläggstesten beroende på syftet med den kognitiva testningen och patientens förutsättningar.

Globala test:

1. MMSE-SR (Mini Mental State Examination, även känt som MMT; Mini Mental Test)
2. MoCA (Montreal Cognitive Assessment)
3. RUDAS-S (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale)

Tilläggstest:

4. 10-ordlista från testet ADAS-cog
5. AQT (A Quick Test of cognitive speed)
6. TMT (Trail Making Test) A+B
7. Klocktest del 1
8. Klocktest del 2
9. Kubkopieringstest

### GLOBALA TEST

Det rekommenderade kognitiva testbatteriet innehåller tre globala test, vars syfte är att ge en mer övergripande bild av patientens kognitiva förmåga. Endast ett av dem ska göras per patient. Samtliga globala test har egna manualer för administrering och tolkning och finns tillgängliga under fliken *Kognitiv utredning* → *Kognitiv testning* på KC demenssjukdomars [hemsida](#), eller via länk vid respektive test här nedan.

## MMSE-SR

MMSE-SR är den svenska standardiserade revideringen av det välkända MMT-testet. Det är ett ganska enkelt globalt test med totalpoäng på 30. MMSE har takeffekt hos både yngre personer och hos högutbildade vilket innebär att de ibland kan klara att prestera 30 poäng trots kognitiv svikt. Detta test bör därför väljas om du redan på förhand misstänker att patienten har en tydlig kognitiv svikt eller om du specifikt misstänker Alzheimers sjukdom (då framför allt orienterings- och minnesdelen är extra känsliga för denna sjukdom).

Länk till [manual](#), [testprotokoll](#) och [film](#).

## MoCA

MoCA är ett lite mer krävande globalt bedömningsinstrument än MMSE-SR med större fokus på exekutiv och visuospatial förmåga. Även detta test har totalpoäng på 30, men poängen går inte direkt att jämföra med MMSE-SR då MoCA är svårare. Detta test kan väljas om du har en yngre eller högutbildad patient, om du på förhand misstänker en lindrig kognitiv svikt, vill utvärdera kognitiv förmåga vid Parkinsons sjukdom eller misstänker vaskulär kognitiv sjukdom.

Länk till [manual](#), [referensvärden](#), [testprotokoll](#), [testprotokoll till patient](#) och [film](#).

## RUDAS-S

RUDAS-S är den svenska översättningen av originaltestet RUDAS som är framtaget för att vara kulturneutralt. Även detta test har totalpoäng på 30, och ska väljas om det finns ett tolkbehov, eller om patienten har en låg utbildningsnivå (< 5 år).

Länk till [manual](#), [testprotokoll](#) och [film](#).

## TILLÄGGSTEST

De globala testen är just globala, det vill säga att de i de flesta fall inte är tillräckligt specifika för att påvisa nedsättning inom de enskilda kognitiva domänerna. Möjlighet finns då att välja från nedanstående mer specifika test som framför allt testar domänerna minne, uppmärksamhet, exekutiv förmåga samt visuospatial förmåga men även i viss utsträckning språklig förmåga.

Testinstruktioner för respektive test finns under kapitel 8. Bedömning och tolkning av testresultat finns under kapitel 7 i *Manual för bedömning och tolkning*.

### 10-ordslista från testet ADAS-cog

*Minnet* är den kognitiva domän som främst och initialt är påverkad vid Alzheimers sjukdom. Tillägg med 10-ordslistan från testet ADAS-cog kan med fördel göras om patienten klarar minnesuppgifterna i det valda globala testet, men i anamnes gett uttryck för upplevd minnesnedsättning.

Testet består av tre delar där patienten i första delen får läsa och återge tio ord i tre omgångar för att främja inläringen. Därefter görs en distraktionsuppgift i syfte att patienten inte ska tänka på de tio orden (patienten benämner tolv bilder på föremål och sedan sina fem fingrar). Den tredje delen av testet består i att patienten ska återge så många av de tio inlärd orden som möjligt.

Länk till [testprotokoll](#), [beställning av testhäften](#) och [film](#).

### AQT eller TMT A+B

Tilläggstesten AQT och TMT syftar främst till att fånga svikt i domänerna *Uppmärksamhet* och *Exekutiv förmåga*. Uppmärksamheten är den övergripande funktion som krävs för att upprätthålla övriga kognitiva funktioner vilket innebär att en nedsättning i denna kognitiva domän kan påverka övriga domäner (som t ex minnes- och språkfunktion) och därför bör alltid tillägg av antingen AQT eller TMT göras, oavsett vilket globalt test som valts.



AQT är ett 3-delat test som går ut på att patienten ska benämna färg och form på geometriska figurer så fort som möjligt. I del 1 ska patienten namnge olika färger, i del 2 ska patienten namnge olika former och i del 3 ska dessa sammankopplas genom att patienten ska namnge färgen först och sedan formen på respektive figur. I del 1 och 2 testas framför allt *uppmärksamhetsdomänen* medan del 3 även kopplar på den *exekutiva förmågan*. Detta test är även väldigt verbalt vilket innebär att även den *språkliga domänen* i viss utsträckning testas.

Länk till [testprotokoll](#), [beställning av testhäfte](#) och [film](#).

TMT är ett tvådelat test som innebär att patienten i A-delen ska dra ett streck mellan siffror i stigande ordning så fort som möjligt, och i B-delen dra ett streck omväxlande mellan siffror och bokstäver i stigande ordning. I del A testas *uppmärksamhetsdomänen* i form av den psykomotoriska hastigheten (hastigheten i tanken, avsökning och motorisk hastighet) och i del B kopplas även den *exekutiva domänen* på i form av den mentala flexibiliteten (flexibel i strategibyte mellan siffror och bokstäver). Om patienten är tydligt långsam redan i del A (> 100 sek) är det sällan av värde att också göra del B eftersom denna då kommer att ta väldigt lång tid eller inte gå att genomföra alls.

Länk till [testprotokoll del A](#), [testprotokoll del B](#) och [film](#).

### Klocktest och Kubkopieringstest

Tilläggstesten Klocktest och Kubkopieringstest syftar främst till att fånga svikt i domänen *Visuospatial förmåga* men även *Exekutiv förmåga* mäts.

Klocktestet består av två delar där del 1 innebär att patienten på frihand ska rita en klocka som ska visa tio över elva. Klarar inte patienten att rita en korrekt klocka görs del 2 som innebär att patienten i stället får rita av en klocka som visar tjugo över åtta. Genom att göra båda dessa delar ökar möjligheten att, på gruppnivå, kunna differentiera mellan olika typer av kognitiva nedsättningar specifika för olika sjukdomsgrupper. Klocktestet mäter den visuospatiala förmågan men även exekutiv förmåga (att strukturera och ha en plan hur man ritar en klocka) samt abstrakt förmåga (förstå vad en klocka är, hur den ser ut och hur visarna ska vara placerade vid olika klockslag).

Länk till [testprotokoll del 1](#), [testprotokoll del 2](#) och [film](#).

Kubkopieringstestet består i att patienten ska rita av en kub och mäter både visuospatial förmåga (förmåga att uppfatta figuren) och visuokonstruktiv förmåga (förmåga att praktiskt konstruera figuren).

Länk till [testprotokoll](#) och [film](#).

## 7 VAL AV TEST

---

Vilka test som bör väljas till vilken patient och i vilken ordning de bör utföras beror dels på patientens förutsättningar och syftet med testningen och är därför inte helt möjligt att definiera på förhand. Det är dock bra att tänka på att försöka göra test som kräver mycket av uppmärksamhet och tankesnabbhet tidigt, såsom AQT och TMT. Blir patienten trött kan det ha påverkan på dessa resultat. Det är svårt att ge förslag på exakt ordning eftersom det beror på vilka test du väljer men kan till exempel se ut så här:

1. MMSE\* eller MoCA (eller RUDAS)
2. TMT eller AQT
3. 10-ordslista från testet ADAS-cog
4. Klocktest
5. Kubkopieringstest

\* Detta mäter inte kognitiv snabbhet eller uppmärksamhet i någon större utsträckning, men kan vara bra att börja med för att få ett globalt mått på patients kognitiva förmåga. Är det så att patienten har uttalade svårigheter på MMSE kan det vara svårt att genomföra mer krävande test som TMT B och 10-ordslistan.

Här ges exempel på vad som bör tänkas på vid val mellan de olika rekommenderade testen, utifrån syftet med den kognitiva testningen.

## KOGNITIV TESTNING VID BASAL UTREDNING

Generellt i utredningssyfte är det bra att få en så bred bild som möjligt av patientens kognitiva förmåga, dels som hjälp att diagnostisera underliggande sjukdom och dels som underlag för kommunala hjälpinsatser. Vid diagnostik av kognitiv svikt/sjukdom är syftet med den kognitiva testningen, i enlighet med DSM-5-kriterierna, att påvisa nedsättning i en eller flera kognitiva domäner. Nedsättningen ska vara varaktig och sänkt från tidigare nivå vilket innebär att den alltid har sin utgångspunkt i vad som framkommit och påtalats anamnestiskt av patient och anhöriga. Rekommendationen blir därför att alltid välja ett av de globala testen och täcka in övriga kognitiva domäner med tilläggstesten 10-ordslista från testet ADAS-cog, klock- och kubkopieringstest samt antingen AQT eller TMT.

## KOGNITIV TESTNING VID ÅRLIGA UPPFÖLJNINGAR

Alla med diagnostiserad kognitiv svikt eller sjukdom ska följas upp minst årligen enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2017a), och då ingår även uppföljning av patientens kognitiva status. Utgångspunkt för vilka test som årligen bör ingå är jämförbarhet: vilka test gjordes senast? Här får även hänsyn tas till hur kognitivt påverkad patienten är, och testen anpassas till vad som klaras av. Om B-delen i TMT är alltför påfrestande för patienten att utföra går det ändå bra att göra endast A-delen. Detsamma gäller vid AQT där del 3 kan vara för svår men där del 1 och/eller del 2 kan gå bra att utföra.

## KOGNITIV TESTNING VID UTVÄRDERING AV LÄKEMEDEL

Att använda kognitiv testning som instrument för utvärdering av effekt på insatt demensspecifikt läkemedel på individnivå har liten evidens. Man kan inte säga att ett oförändrat eller försämrat resultat betyder att patienten inte haft någon effekt av läkemedlet, eftersom man inte vet hur naturalförloppet hade varit. Kognitiva sjukdomar har nämligen ofta ett väldigt varierande förlopp, t ex stabila över 1 år för att sedan drastiskt försämrats under bara några månader. På gruppnivå kan effekt på kognitiv snabbhet ses redan cirka två månader efter läkemedelsinsättning vilket gör AQT till ett bra test men även MMSE är väl validerat vid läkemedelsuppföljningar i studier. Notera dock att longitudinell uppföljning med kognitiv testning inte har som främsta syfte att avgöra om patienten har någon effekt av läkemedlet eller inte.

## KOGNITIV TESTNING VID KÖRKORTSBEDÖMNING

Patientansvarig läkare ansvarar för bedömning och ställningstagande till lämplighet för fortsatt bilkörande, och eventuell anmälan till Transportstyrelsen. Huruvida svikten påverkar körförmågan, är en sammanvägd bedömning som tydliggörs i 10 kap. 2 § körkortslagen (1998:488). Den kognitiva testningen kan här bidra med en indikation att den kognitiva förmågan försämrats så pass att vidare

bedömning avseende körförmåga bör göras. Vidare bedömning kan utgöras av riktad anamnes kring incidenter i trafiken, bedömning av arbetsterapeut avseende körförmåga eller förnyad uppkörning.

Kubkopieringstestet kan vara värdefullt vid körkortsbedömning eftersom den visuospatiala förmågan är viktig vid bilkörning och en tidigare studie har visat att körförmågan (i form av inträffade olyckor i trafiken) var korrelerad med förmågan att rita av en kub. Även TMT A och B (psykomotorisk hastighet, visuell avsökningsförmåga och möjlighet att snabbt byta strategi) mäter viktiga kognitiva aspekter av körförmågan.

## KOGNITIV TESTNING OM ANNAT MODERSMÅL ÄN SVENSKA

Kognitiv testning ska utföras på det språk som patienten behärskar bäst, och känner sig tryggast med. Om tolkbehov föreligger ska alltid professionell tolk användas, och i nuläget rekommenderas endast RUDAS-S då detta test är utformat för att lättare kunna översättas vid tolkning. I dessa fall blir anamnes av patient och anhöriga av än större betydelse. Vid fortsatt misstanke om kognitiv nedsättning efter den basala utredningen där typ av svikt eller sjukdom inte kan urskiljas bör patienten remitteras enligt remissrutin till specialistminnesmottagning för utvidgad utredning.

### Att tänka på vid kognitiv testning med tolk

Som testledare ska du kunna vara säker på att allt som sägs tolkas, och att tolken är neutral och opartisk, därav är det inte lämpligt att använda anhörig som tolk. Notera att tolkens uppdrag endast är att tolka det som sägs, inte att utföra testet.

- Försäkra dig om vilket språk, och dialekt, patienten talar inför beställning av tolk.
- Gå igenom testet med tolken innan patienten kommer och informera om att hen inte ska justera det patienten säger utan ska tolka så ordagrant som möjligt, och inte heller ge patienten ytterligare förklaring eller förtydligande än vad du som testledare säger.
- Kontrollera i början av besöket att patient och tolk förstår varandra.
- Tala gärna i korta meningar och försök undvika medicinska termer, fack- och talspråk.
- För att minimera fel eller missförstånd ska tolken ha tillgång till papper och penna, dels för att kunna notera de instruktioner du ger under testningen och dels för att kunna anteckna patientens svar, så tolkningen blir så ordagrant som möjligt.

Både att utföra kognitiv testning med tolk och att bedöma resultatet av den är svårt, då det innebär ytterligare faktorer som kan påverka testresultatet. Möjlighet till fördjupning inom både tolkanvändande och utförande och bedömning av testet RUDAS-S finns via [Migrationskolan](#) på KC demenssjukdomar.

## 8 TESTINSTRUKTIONER

---

Nedan följer instruktioner för samtliga rekommenderade tilläggstest. De globala testen har egna manualer för administrering, vilka länkas till vid beskrivning under kapitel 6 ovan eller finns för utskrift på KC demenssjukdomars [hemsida](#). Testresultaten dokumenteras i mätvärdeslistan i PMO. En gemensam mall för samtliga rekommenderade kognitiva test är under uppbyggnad.

# 10-ORDSLISTA FRÅN TESTET ADAS-COG

Testet består av tre delar som ska utföras med samtliga tre delar, i denna ordning:

1. Omedelbar fri återgivning
2. Benämning av föremål och fingrar (distraktionsuppgift)
3. Fördröjd fri återgivning.

Länk till [testprotokoll](#), [beställning av testhäften](#) och [film](#).

## ADMINISTRERING

Du behöver:

- Testhäfte: *10-ordslista från testet ADAS-cog*
- Testhäfte: *Benämning av föremål*
- Testprotokoll ([länk](#))

## INSTRUKTION DEL 1 OMEDELBAR FRI ÅTERGIVNING

I denna del ska patienten läsa 10 ord högt ur testhäftet *10-ordslista från testet ADAS-cog*, och därefter återge dem. Detta är en inläring som ska göras i tre omgångar.

- Placera testhäftet med de 10 orden framför patienten: *Jag kommer visa dig 10 ord. Du ska läsa orden högt och försöka lägga dem på minnet då jag senare kommer att be dig upprepa dem.* Notera! berätta inte för patienten att detta ska göras tre ggr!
- Visa vart och ett av orden i cirka 2 sekunder, läser patienten fel, be patienten läsa ordet noggrant igen. Om patienten upprepar felet läser du upp det korrekta ordet och ber patienten att upprepa.
- Be därefter patienten återge så många ord som möjligt: Ex: *Då vill jag att du upprepar orden. Det spelar ingen roll i vilken ordning.*
- När patienten slutar återge ord (varit tyst i cirka 10 sekunder) fråga: *Kommer du ihåg fler?* Har patienten inte återgivit fler korrekta ord inom ytterligare cirka 10 sekunder avbryts försöket.
- Notera antalet rätt angivna ord i testprotokollet
- Säg: *Då ska du få göra samma sak en gång till.*

Om patienten uttalar ett ord felaktigt, och kommer ihåg samma felaktiga ord räknas detta som korrekt. Om patienten uttalar ett ord annorlunda vid återgivningen än vid uppläsningen, räknas det som att patienten har glömt ordet.

Upprepa samma procedur ytterligare två gånger. När alla tre återgivningar är färdiga får inte ytterligare instruktion ges om att dessa ord ska läggas på minnet, det görs endast inför respektive inläring.

- **Poäng:** Antal korrekt återgivna ord noteras efter varje inläring, vilka därefter räknas samman och delas på 3. Sammanlagd poäng på denna första del är alltså den genomsnittliga poängsumman av alla tre inläringarna (summan behöver alltså inte bli ett heltal), ex: (5+6+8=) 19 ord sammanlagt vilket ger en totalpoäng på 6,33 poäng.

## INSTRUKTION DEL 2 BENÄMNING AV FÖREMÅL OCH FINGRAR (DISTRAKTIONSUPPGIFT)

Består av två delar där den första delen innebär att patienten ska namnge 12 olika föremål ur testhäftet *Benämning av föremål*, och i del två ska patienten benämna vad fingrarna heter på sin dominanta hand.

### Del 1

- Placera testhäftet med de 12 bilderna framför patienten: *Jag kommer nu visa dig en del bilder på olika föremål. Du ska benämna dem högt för mig men du behöver inte lägga dem på minnet.*
- Bläddra fram bilderna vartefter patienten namnger dem.
- Om patienten inte svarar, vänta i ca 10 sekunder, och ge sedan ledtråden (se testprotokollet). Svarar patienten fortfarande inte (vänta ca 20 sek), eller säger fel, fortsätt med nästa föremål.
- Ett icke korrekt benämnt föremål kan räknas som korrekt om det kulturellt betyder samma sak, ex plånbok "penningpung", blomma "ros" osv. Däremot är det inte korrekt med semantiska beskrivningar eller fonetiska parafraser, t ex "klippare" för sax eller "en sak att lyssna med" för stetoskop.
- **Poäng:** Antal rätt namngivna föremål efter två försök, dvs ett försök utan ledtråd och ett med ledtråd. Notera om du behövt ge ledtråd.

### Del 2

- Be patienten placera sin dominanta hand på bordet: *Är du högerhänt eller vänsterhänt? Då vill jag att du lägger höger/vänster hand på bordet.*
- Be patienten benämna sina fingrar: *Vilket finger är detta?* Peka på patientens finger, ett i taget, tills alla fem är benämnda (undvik att ta dem i ordning från tumme till lillfinger).
- Om patienten svarar med en synonym som t ex tummetott, slickepott osv ber du patienten att åter namnge fingret med dess korrekta namn (detta får göras en gång), om fortsatt fel benämning går du vidare till nästa finger.
- **Poäng:** Antal korrekt benämnda fingrar efter två försök. Notera om du behövt korrigera patienten.

## INSTRUKTION DEL 3 FÖRDRÖJD FRI ÅTERGIVNING

Innebär att patienten ska återge de 10 orden från inläringen i del 1.

- *För en stund sedan fick du läsa tio ord i tre omgångar. Jag vill nu att du återger så många som möjligt. Det spelar ingen roll i vilken ordning (här kan häftet hållas upp och visas för att ge ledtråd om vilka ord det är som efterfrågas, visa dock inte orden).*
- **Poäng:** Antal rätt återgivna ord.

Om patienten slutar återge ord frågar du efter ca 10 sekunder om hen kommer ihåg fler ord. Har patienten inte återgivit fler korrekta ord inom ytterligare 10 sekunder avbryts testet.

# AQT

AQT består av tre olika delar och inleds med att patienten får göra en övning på samtliga tre delar:

1. Färg: patienten ska namnge olika färger (40 stycken röda, blåa, gröna och gula fyrkanter)
2. Form: patienten ska namnge olika former (40 stycken cirklar, linjer, eller trianglar)
3. Färg & Form: patienten ska namnge färgen samt formen på respektive figur (40 stycken)

Länk till [testprotokoll](#), [beställning av testhäfte](#) och [film](#).

## ADMINISTRERING

Du behöver:

- Tidtagarur
- Testhäfte: AQT
- Testprotokoll ([länk](#))

Placera testhäftet med sidan "Övningsexempel" framför patienten och förklara att detta är ett test som består av tre olika delar och att hen nu ska få öva på dessa innan själva testet börjar. Alla tre övningsexempel görs sammanhängande innan det riktiga testet. Det är viktigt att patienten benämner färg respektive form med egna ord (t ex kan patienten benämna cirkeln som "rundning", "rondell", "rund" etc), och sedan är konsekvent i sina benämningar. Övningarna syftar till att säkerställa att patienten förstår uppgifterna i testet, och får därför upprepas.

Övning 1, färg:

- *I den här första delen av testet ska du benämna vilken färg de olika figurerna har*
- *Du börjar här till vänster och läser mot höger, rad för rad (förtydliga genom att peka och visa)*
- *Varsågod!*

Övning 2, form:

- *I den här andra delen av testet ska du benämna vilka former dessa olika figurer har*
- *Du gör som i förra exemplet att du börjar här uppe till vänster och läser mot höger, rad för rad (förtydliga genom att peka och visa)*
- *Här är det viktigt att du bestämmer vad du vill kalla de olika formerna och sedan håller dig till samma*
- *Varsågod! Här kan man "gå" med patienten längs första raden och t ex säga: Vad kallar du denna?*

Övning 3, färg & form:

- *I det här tredje och sista testet ska du säga först färgen och sedan formen som figuren har (kan förtydligas genom att ge exempel: gul cirkel etc)*
- *Du gör som tidigare, att du börjar här uppe till vänster och läser mot höger, rad för rad (förtydliga genom att peka och visa)*
- *Och precis som i förra testet är det viktigt att du håller dig till samma benämning av figurerna genom hela testet*
- *Varsågod!*

Därefter börjar den riktiga testningen. Ett test i taget:

- Placera den aktuella testsidan framför patienten.
- Respektive instruktion från övningsexemplen kan upprepas och förtydligas om det behövs.
- Viktigt här att informera om att du kommer ta tiden, så uppmuntra patienten att göra testet så snabbt hen kan.
- Starta tidtagningen när patienten benämner första färgen längst upp till vänster, och stäng tidtagningen när hen benämner sista färgen längst ner till höger
- Gör patienten fel på någon av de två första raderna kan testet brytas. Förtydliga instruktionen, börja om från början, nollställ och starta om klockan på nytt. Detta kan göras två gånger. Fortsätter patienten göra fel trots två omstarter låter du testet fortgå och noterar felen.
- Syftet är att mäta hastigheten, så justera eller korrigera inte patienten under testets gång, förutom de två första raderna vid de två första försöken, se punkt ovan
- Stannar patienten upp under testen (tvekar, hakar upp sig) så uppmuntra till att fortsätta.
- Notera antal fel i respektive deltest; görs lättast genom att sätta ett streck på ett papper vid sidan om dig. Se nedan för förtydligande av "fel"

Skulle patienten bara klara del 1 och/eller del 2 så går det bra eftersom testen bedöms och poängsätts separat. Vartefter sjukdomen fortskrider kan del 3 bli svårare att klara men kanske någon av de andra fortfarande går att göra.

## BEDÖMNING OCH POÄNGSÄTTNING

Vid dokumentation noteras för respektive deltest:

- Antal sekunder (räknas från att första figuren namnges till den sista)
- Antal fel

Antal fel dokumenteras för att vid bedömning sättas i relation till antal sekunder. Följande noteras som fel:

- Patienten ska vara konsekvent vid benämning av formerna; om hen under testet ändrar benämningen från t ex cirkel till boll eller triangel till trekant etc, är detta ett fel.
- Detsamma gäller för färgerna; ändrar patienten sig under testets gång är det fel men säger hen konsekvent t ex grön i stället för blå är det inte ett fel.
- Att benämna formen före färgen på del 3.
- Att säga fel form (t ex cirkel när det ska vara fyrkant).

Att säga fel färg (t ex gul i stället för blå).

# TMT A+B

TMT (Trail Making Test) består av två olika delar:

1. Del A består av en övning med 8 cirklar numrerade från 1 till 8 på ena sidan och det riktiga testet på andra sidan, som består av 25 cirklar numrerade från 1 till 25. Patienten ska dra ett streck i stigande ordning. Poäng är antal sekunder testet tar att utföra.
2. Del B består av samma antal cirklar men med både siffror (1-13) och bokstäver (A-L). Patienten ska här dra ett streck omväxlande mellan siffra och bokstav, i stigande ordning. Även här görs först en övning på ena sidan och det riktiga testet på andra sidan. Poäng är antal sekunder testet tar att utföra.

Länk till [testprotokoll del A](#), [testprotokoll del B](#) och [film](#).

## ADMINISTRERING TMT A

Du behöver:

- Tidtagarur
- Testprotokoll med övningsuppgift del A på ena sidan och test del A på andra sidan ([länk](#))
- Penna

Placera en penna och testprotokollet med Övningsuppgiften (del A) framför patienten, och förklara att detta är ett test som består av två delar och varje del kommer inledas med ett övningsexempel. I övningsdelen tas inte tid men berätta gärna här att det är ett test som kommer mätas på tid.

### INSTRUKTION ÖVNING A:

- *I denna första del ska du dra ett streck mellan siffror i stigande ordning.*
- *Du börjar här på siffror 1 (peka) och drar ett streck till 2, 3, 4 och så vidare i rätt ordning tills du kommer till slutet (peka eller visa med penna medan du instruerar).*
- *Du ska dra strecken så fort du kan – och utan att lyfta pennan från pappret.*
- *Har du förstått uppgiften? Varsågod och börja!*

Om patienten gör fel på övningsuppgiften, rätta och upprepa instruktionen. Informera om att felaktiga linjer inte ska raderas. Fullfölj alltid övningsexemplet. Vid behov börja om på nytt testprotokoll, säg: *Vi tar det en gång till.* Du får även förtydliga genom att föra patientens hand med pennan utan att rita, genom övningsdelen. Tre försök att klara övningsexemplet ges, därefter får det brytas och du går inte vidare till testdelen.

### INSTRUKTION TEST A:

Vänd därefter pappret och förklara att det nu är dags för testdelen. OBS! Gör inte testet om inte patienten klarar av övningsexemplet.

- *Nu ska du göra likadant, fast här är 25 siffror, så du börjar på 1 och drar ett streck i stigande ordning fram till 25 (peka på 1/Start och 25/Slut).*
- *Alla siffror finns med*
- *Precis som vid övningen får du inte lyfta pennan från pappret*
- *Jag kommer nu ta tiden, så dra strecken så fort du kan*
- *Gör du fel säger jag ifrån. Är du redo? (invänta bekräftelse) Varsågod och börja!*



- ✓ Börja tidtagningen när patienten börjar dra strecket och stäng av klockan när hen kommer fram till sista siffran.
- ✓ Notera felen i kommentarerna. Markera med ett kryss vilket/vilka streck som drogs fel.
- ✓ Avbryt testet om det tar patienten mer än 240 sekunder att genomföra det, och gå då inte vidare till del B.
- ✓ Notera antal sekunder på avsedd plats på testprotokollet.

## ADMINISTRERING TMT B

Du behöver:

- Tidtagarur
- Testprotokoll med övningsuppgift del B på ena sidan och test del B på andra sidan ([länk](#))
- Penna

Placera en penna och testprotokollet med Övningsuppgiften (del B) framför patienten, och förklara att hen nu ska få öva på del 2 av testet och precis som vid del A, görs inte övningen på tid.

### INSTRUKTION ÖVNING B:

- *I denna del ska du dra strecket omväxlande mellan siffra och bokstav, i stigande ordning.*
- *Du börjar här på siffra 1 (peka) och drar strecket till A, 2, B, 3 C och så vidare i rätt ordning tills du kommer till slutet (peka eller visa med penna medan du instruerar).*
- *Du ska dra strecken så fort du kan – och utan att lyfta pennan från pappret.*
- *Har du förstått uppgiften? Varsågod och börja!*

Om patienten gör fel på övningsuppgiften, rätta och upprepa instruktionen. Informera om att felaktiga linjer inte ska raderas. Fullfölj alltid övningsexemplet. Vid behov börja om på nytt testprotokoll, säg: *Vi tar det en gång till.* Du får även förtydliga genom att föra patientens hand med pennan utan att rita, genom övningsdelen. Tre försök att klara övningsexemplet ges, därefter får det brytas och du går inte vidare till testdelen.

### INSTRUKTION TEST B:

Vänd därefter pappret och förklara att det nu är dags för testdelen. OBS! Gör inte testet om inte patienten klarar av övningsexemplet.

- *Nu ska du göra likadant, fast här är 13 siffror och 12 bokstäver, så du börjar här på 1 och drar strecket omväxlande mellan siffra och bokstav i stigande ordning fram till siffran 13 (peka på 1/Start och 13/Slut).*
  - *Alla siffror och bokstäver finns med*
  - *Precis som vid övningen får du inte lyfta pennan från pappret*
  - *Jag kommer ta tiden, så dra strecken så fort du kan*
  - *Gör du fel säger jag ifrån. Är du redo (invänta bekräftelse)? Varsågod och börja!*
- ✓ Börja tidtagningen när patienten börjar dra strecket och stäng av klockan när hen kommer fram till sista siffran.
  - ✓ Notera felen i kommentarerna. Markera med ett kryss vilket/vilka streck som drogs fel.
  - ✓ Avbryt testet om det tar patienten mer än 300 sekunder att genomföra det.
  - ✓ Notera antal sekunder på avsedd plats på testprotokollet.

## BEDÖMNING OCH POÄNGSÄTTNING A+B

Vid dokumentation noteras för respektive deltest:

- Antal sekunder (räknas från att strecket börjar dras till framme på sista siffran, dvs från Start till Slut)
- Antal fel
- Kommentarer

### Notera och dokumentera även:

- Vilken typ av fel (hittade inte nästa siffra, dolde siffran med handen etc); scanna vid behov in testet där de markerade felen syns
- Om instruktionerna fick upprepas och testet startas om
- Om testet utfördes med lätthet eller upplevdes som svårt att genomföra

### Hantering och bedömning av "fel":

Antal fel räknas inte in i någon "poäng" utan visas i stället i form av längre testtid eftersom patienten under testets gång tillrättavisas medan klockan fortsätter att gå. Men de ska dokumenteras och beskrivas för att kunna tas med i bedömningen av resultatet.

- Om patienten drar felaktiga streck, påtala detta direkt, ex: *"om du tittar här, var skulle du efter nio?"* suddas inte ut de felaktiga strecken, markera dem i efterhand, och låt tidtagningen fortsätta hela tiden.
- Testprotokollet får inte roteras, påtala för patienten om det händer, och vid behov håll din hand på det.
- Om patienten stannar upp vid en siffra mer än 15 sekunder fråga: *Vilken siffra/bokstav ska du till?* Och uppmuntra patienten att fortsätta vidare så fort hen kan.
- Pratar patienten under tiden, säg: *Fortsätt vidare så fort du kan.*
- Lyfter patienten pennan från pappret, säg: *Det går fortare om du håller pennan på pappret och ritat ett sammanhängande streck.* Syftet med att pennan inte bör lyftas från pappret är just att det går fortare att dra strecket då.
- Strecket bör gå igenom/in i cirkelarna; påtala detta men låt patienten fortsätta.

Skulle patienten bara klara del A så går det bra eftersom delarna bedöms och poängsätts separat.

# KLOCKTEST

Klocktestet består av två olika delar:

1. Rita en klocka
2. Rita av en klocka

Del 2 Rita av en klocka görs om patienten inte ritar en godkänd klocka i del 1. I det globala testet MoCA ingår del 1 och tillägg görs då med del 2 om patienten inte klarat del 1. Poängsättningen skiljer sig åt men utgå från det som hänvisas till i respektive testinstruktion.

Länk till [testprotokoll del 1](#), [testprotokoll del 2](#) och [film](#).

## ADMINISTRERING DEL 1: RITA EN KLOCKA

Du behöver:

- Ett blankt papper i A4-storlek, eller använd testprotokollet som finns [här](#)
- En blyertspenna och ett suddgummi

Placera ovanstående framför patienten, med instruktionen:

- *Jag vill att du ritar en klocka.*
- *Rita en urtavla och sätt ut alla siffror.*
- *Rita så att klockan visar tio över elva.*
- *Du får lov att sudda om du behöver. Varsågod!*

- ✓ Notera! Använd inte ordet "visare" i instruktionen eftersom det kan ge patienten en ledtråd om vad en klocka innehåller.
- ✓ Instruktionen får upprepas och förtydligas om patienten inte förstår, men ingen annan hjälp bör ges.
- ✓ Ritar patienten en väldigt liten urtavla kan tilläggsinformation om att rita den större ges (men notera att den blev väldigt liten första gången).
- ✓ Om patienten inte är nöjd med resultatet får nytt försök göras.
- ✓ Kom ihåg att dölja eventuellt synliga klockor för patienten. De får alltså inte t ex rita av sitt eget armbandsur.

## BEDÖMNING OCH POÄNGSÄTTNING DEL 1: RITA EN KLOCKA

Poäng:

- 1 poäng = korrekt ritad klocka
- 0 poäng = inte korrekt ritad klocka

Klockan bedöms som korrekt om:

- Visarna är korrekt placerade på 2:an och på, eller strax efter 11:an.
- Siffrorna är ungefär jämt fördelade över hela urtavlan, dvs i första kvadranten ses siffrorna 1 till 3, i andra kvadranten 4-6 osv.

Observera och dokumentera även t ex: noggrannhet, hur uppgiften strukturerades, Hur många gånger ritade patienten klockan? Suddade mycket?

- ✓ Scanna in bilden i samband med dokumentation för att underlätta för ansvarig läkare att bedöma och tolka.

## ADMINISTRERING DEL 2: RITA AV EN KLOCKA (endast om patienten inte klarar del 1; att rita en korrekt klocka)

Du behöver:

- Testprotokoll med förritad klocka som visar tjugo över åtta ([länk](#))
- En blyertspenna och ett suddgummi

Placera ovanstående framför patienten, med instruktionen:

- *Nu vill jag att du ritat av denna klocka.*
- *Rita så likt du kan.*
- *Du får lov att sudda om du behöver. Varsågod!*

- ✓ Instruktionen får upprepas och förtydligas om patienten inte förstår, men ingen annan hjälp bör ges.

Om patienten inte är nöjd med resultatet får nytt försök göras.

## BEDÖMNING OCH POÄNGSÄTTNING DEL 2: RITA AV EN KLOCKA

Poäng:

- 1 poäng = korrekt ritad klocka, inga avvikelser
- 0 poäng = inte korrekt ritad klocka

Observera och dokumentera även:

- Noggrannhet
- Hur uppgiften strukturerades
- Hur många gånger ritade patienten klockan? Suddade mycket?

- ✓ Scanna in bilden i samband med dokumentation, om den inte är korrekt, för att underlätta för ansvarig läkare att bedöma och tolka.

# KUBKOPIERINGSTEST

Kubkopieringstestet ingår som en del i både RUDAS-S och MoCA och är därför bara aktuellt som tilläggstest om MMSE valts som globalt test. Poängsättningen skiljer sig åt men utgå från det som hänvisas till i respektive testinstruktion.

Länk till [testprotokoll](#) och [film](#).

## ADMINISTRERING

Du behöver:

- Testprotokoll med förritad kub ([länk](#))
- En blyertspenna och ett suddgummi

Placera ovanstående framför patienten med instruktionen:

- *I det här testet vill jag att du ritar av den här figuren.*
- *Rita en likadan, så likt som möjligt. Du får lov att sudda om du behöver.*
- *Säg till när du är klar – Varsågod!*

- ✓ Notera! Använd inte ordet "kub" i instruktionen eftersom det kan få patienten att själv försöka rita en kub ur minnet istället för att titta på figuren/kuben och rita av den.
- ✓ Instruktionen får upprepas och förtydligas om patienten inte förstår, men ingen annan hjälp bör ges.
- ✓ Om patienten inte är nöjd med resultatet får nytt försök göras.

## BEDÖMNING OCH POÄNGSÄTTNING

Poäng:

- 1 poäng = korrekt ritad kub
- 0 poäng = inte korrekt ritad kub

Kuben bedöms som korrekt om:

- Alla 12 linjer finns med
- Kuben är tredimensionell (så som på bilden)

Observera och dokumentera även:

- Noggrannhet
  - Hur uppgiften strukturerades
  - Hur många gånger ritade patienten kuben? Suddade mycket?
  - Har patienten tidigare erfarenhet av att rita kub? (t ex i sitt yrke eller utbildning)
- ✓ Scanna in bilden i samband med dokumentation för att underlätta för ansvarig läkare att bedöma och tolka.

## 9 REFERENSER

---

### Övergripande referenser:

MINI-D 5, (2014) *Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press.

Palmqvist S, (2011) *Validation of brief cognitive tests in mild cognitive impairment, Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies*. Lund University. Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series 2011:64.

Region Skåne, (2018) *Vårdprogram för sjukdomar med varaktig kognitiv svikt*.  
[https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/varldprogram\\_kognitiv-svikt\\_rev-version\\_mars\\_2018\\_final.pdf](https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/varldprogram_kognitiv-svikt_rev-version_mars_2018_final.pdf)

Socialstyrelsen, (2017a) *Vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning*. Artikelnr 2017-12-2. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20739/2017-12-2.pdf>

### AQT

Kvitting AS et al. A quick test of cognitive speed (AQT): usefulness in dementia evaluations in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2013 Mar;31(1):13-9.

### Klocktest

Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 Jun;15(6):548-61.

### Kubkopiering

Palmqvist S et al. Practical suggestions on how to differentiate dementia with Lewy bodies from Alzheimer's disease with common cognitive tests. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Dec;24(12):1405-12.

### Läkemedel

Socialstyrelsen, (2017b) *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Artikelnr 2017-6-7.  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20644/2017-6-7.pdf>

### MMSE

Folstein MF et al. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98 (Originalartikeln)

### MoCA

Nasreddine ZS et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr;53(4):695-9. (originalartikeln)

Borland E. et al. The Montreal Cognitive Assessment: Normative Data from a Large Swedish Population-Based Cohort. *J Alzheimers Dis*. 2017;59(3):893-901. (Svenska normvärden)

### RUDAS

Storey JE et al. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. *Int Psychogeriatr*. 2004 Mar;16(1):13-31. (Originalartikeln)

### TMT

Moses JA Jr. Test review-Comprehensive Trail Making Test (CTMT). *Arch Clin Neuropsychol*. 2004 Aug;19(5):703-8.

# BILAGA 1 - MATRIS

## REGION SKÅNES REKOMMENDERADE BASALA KOGNITIVA TESTBATTERI

---

**Globala test: MMSE eller MoCA eller RUDAS**

Om behov av kompletterande test väljs någon av nedanstående tilläggstest:

**Minne**

10-Ordslista från testet ADAS-cog

**Uppmärksamhet  
och exekutiv  
förmåga**

AQT eller TMT A+B

**Visuospatial  
förmåga**

Klocktest (del 1+2) och kubkopieringstest

## BILAGA 2

### FRÅGOR OCH SVAR FRÅN FILMEN ”DOKTORN FRÅGAR DOKTORN”

---

Ulrika Grahn, Specialist i allmänmedicin samt allmänläkarkonsult (AKO) inom Kognitiva sjukdomar och demens ställer frågor till Sebastian Palmqvist, Leg. Läkare, Docent. Filmen finns att se i sin helhet via Kompetenscentrum för Primärvård i Skåne ([länk](#)).

**Varför ska jag göra en kognitiv testning?** För att objektivt kunna påvisa den kognitiva svikt som man misstänker föreligger utifrån anamnes eller klinisk bedömning. Tittar man på diagnoskriterierna för kognitiv svikt så kräver de att både anamnes och kognitiv testning tillsammans kan påvisa en förändring eller en försämring i minst en av våra sex kognitiva domäner alternativt att det kan påvisas en försämring rent globalt sett. Utöver detta kan det vara bra differentialdiagnostiskt, och för att följa ett sjukdomsförlopp.

**Hur vet jag att den kognitiva försämringen är signifikant rent testmässigt?** Man brukar ange att det är när man presterar sämre än 1-2 SD under medelvärdet i en frisk referenspopulation.

**Det vanligaste testet är MMSE, varför är inte det tillräckligt att ensamt använda?** Det kan vara det men oftast har det inte tillräckligt hög sensitivitet, frågorna är rätt så enkla och det mäter främst dysfunktion i temporalloberna och till viss del parietallob.

**Vilka tester ska jag använda?** Ofta börjar man med ett globalt test och sen kompletterar man med mer riktade tester. Är det så att man på det globala testet uppvisar en uttalad kognitiv svikt t ex < 20 poäng på MMSE eller < 15 poäng på MoCA så ger det ofta inte så mycket att lägga till andra tester för då har man redan objektivt påvisat en kognitiv svikt. Men presterar man bättre än det så bör man däremot lägga till kompletterande tester. Dels för att närmare se vilken typ av kognitiv svikt och även differentialdiagnostiskt.

**Hur ska jag tolka testresultaten?** Tolka MMSE: På framsidan finns en lätt sammanställning över poängen och vilka delar patienten haft svårt med:

- Orientering och fördröjd återgivning: som till stor del mäter minnesfunktionen och eventuell temporal dysfunktion. Här ses ofta svårigheter vid Alzheimers sjukdom.
- Omedelbar återgivning mäter arbetsminne men rätt så grov mätning där de brukar ha full pott.
- Uppmärksamhetsdelen mäter uppmärksamhet och exekutiv förmåga men kräver att man kan huvudräkning på ett bra sätt.
- Språkuppgifterna är rätt så ospecifika men mäter språklig och praktisk förmåga.
- Figurkopiering mäter visuospatial förmåga men utgör bara 1 av 30 poäng så den kan vara bra att titta lite närmre på rent kvalitativt.

Utifrån den totala poängsättningen så brukar en poäng mellan 28-30 inte vara tecken på att man har en kognitiv försämring, men det kan ju så klart vara det hos yngre och högutbildade. 24-27 poäng; här finns det patienter som presterar sin normala nivå, men vissa har lindrig kognitiv svikt medan andra även uppfyller demenskriterierna. Under 24 poäng är det nästan alltid tecken på en kognitiv försämring.

**När använda MoCA i stället för MMSE?** Om patienten har Parkinson, efter stroke eller vid cerebrovaskulära skador generellt, vid lindrig kognitiv svikt eller när det är en yngre eller högutbildad



person eftersom det har en högre sensitivitet. Rör det sig om en mer tydlig kognitiv svikt eller misstänkt Alzheimer så brukar MMSE fungera bättre.

**Hur ska jag veta vilka tester jag ska komplettera med?** Lägg till AQT alternativt TMT för att fånga svikt i uppmärksamhet och exekutiv funktion och 10-ordslistan från ADAS-cog för att mäta minnesfunktionen. Kombinationen MMSE och AQT har visat sig vara bättre än t ex MMSE och klocktest inom primärvård. 10-ordslistan är det allra känsligaste testet för att hitta en tidig Alzheimer patient.

**Vad är TMT för typ av test och när brukar du använda det?** Del A mäter visuell avsökning och psykomotorisk hastighet och uppmärksamhet medan del B fokuserar mer på exekutiv förmåga. Bra vid t ex körkortsbedömningar, har visat sig vara känsligt för subkortikala skador som t ex cerebrovaskulär subkortikal sjukdom.

**Vad är det för typ av funktioner du vill undersöka hos patienten när du ber att de testas med kub och klocktest?** De två har mestadels fokus på visuospatial funktion även om klocktestet har lite mer av exekution och abstrakt minne också så där brukar man se försämring vid Alzheimers sjukdom, vaskulär demens och Lewy body sjukdom.