

# Sygehistorie

Det vigtigste element i udredning af demens er en udførlig og systematisk sygehistorie (anamnese). Anamnesen kan med fordel optages med både patient og pårørende for bedst muligt at få belyst debutsymptomer, udvikling af symptomer og funktionsevne i hverdagen.

Under anamneseoptagelsen er det vigtigt at få overblik over eventuelle andre sygdomme (komorbiditet), medicin- og alkoholforbrug samt vurdere personligheds- og adfærsændringer og stemningsleje. Følgende emner bør dækkes ved optagelse af anamnesen:

- Familiære dispositioner for demenssygdomme
- Tidligere somatiske sygdomme; allergier
- Tidligere psykiske sygdomme og belastninger
- Personlighed (præmorbid psyke); kontaktevne, interesser, temperament, grundstemning
- Aktuelle symptomer
- Forløb (akut eller snigende debut), tidsforløb bør afklares grundigt
- Progression (ingen, trinvis, gradvis)
- Type af symptomer:
  - Kognitive ændringer (hukommelse, orientering, sprog, overblik, opmærksomhed, stedsans m.v.)
  - Ændringer i personlighed; psykiske symptomer (depression, angst, eufori, apati, hallucinationer, paranoide forestillinger)
  - Ændringer i adfærd (omkringvandren, råben, aggressivitet, manglende hæmninger m.v.)
  - Ændringer i initiativ og virkelyst
  - Ændringer i appetit og søvnmønster
- Andre symptomer: gangbesvær, urininkontinens, muskelstivhed, langsomme bevægelser, rystelser, hyppige fald, pludselige rykvisse bevægelser, krampetilfælde, bevidsthedspåvirkning
- Aktuel medicin
- Tobaks- og alkoholforbrug (tidligere og aktuelt); eventuelt medicin- eller stofmisbrug
- Cerebrovaskulære risikofaktorer (diabetes, hypertension m.v.)
- Opvækst, uddannelse, erhvervsforløb, eventuel toksisk eksposition, økonomi, samlivs- og boligforhold (alene, samlevende, plejebolig), netværk, sociale støtteydelse
- Funktionsevne i hverdagen
- Praktiske og sociale konsekvenser af symptomer



- Behov for hjælp og støtteforanstaltninger

## Oplysninger fra pårørende

Som følge af glemsomhed og andre kognitive vanskeligheder har mange personer med demens svært ved selv at redegøre for deres sygehistorie og symptomer. Oplysninger fra en nær pårørende eller fra andre personer med et kendskab til personen med demens, har derfor stor værdi.

Patientens oplysninger om fx forløb, symptomudvikling og aktuelle symptomer kan kvalificeres og suppleres. Pårørende kan ofte give mere præcise oplysninger om patientens tilstand og funktionsevne i hverdagen og om, hvornår og hvordan de første sygdomstegn udviklede sig.

Der er udviklet spørgeskemaer, hvor pårørende kan foretage en systematisk rapportering af omfanget og graden af kognitive vanskeligheder hos personen med demens:

- The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)
- Cognitive Function Instrument (CFI)

**National klinisk retningslinje for diagnostik af mild cognitive impairment og demens. København: Sundhedsstyrelsen; 2018. Anbefalingerne er ikke længere gældende.**

[Sundhedsstyrelsen](#)

**Hasselbalch SG. State of the art-udredning af demens. Ugeskr Læger. 2017;179(12)**

[PubMed](#)

**National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. København: Sundhedsstyrelsen; 2013. Anbefalingerne er ikke længere gældende.**

[Sundhedsstyrelsen](#)

**Demens i almen praksis. Klinisk vejledning. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2006**

[Dansk Selskab for Almen Medicin](#)

**Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. Psychol Med. 1989;19(4):1015-22**

[PubMed](#)

**Amariglio RE, Donohue MC, Marshall GA, Rentz DM, Salmon DP, Ferris SH, et al. Tracking early decline in cognitive function in older individuals at risk for Alzheimer disease dementia: the Alzheimer's Disease Cooperative Study Cognitive Function Instrument. JAMA Neurol. 2015;72(4):446-54.**



[PubMed](#)

Senest opdateret: 18. august 2020