

# SYMPTOMENKÄT

## Psykogeriatrik / Neuropsykiatri

1 (6)

Ragnar Åstrand, Överläkare  
Geriatriksektionen, medicinkliniken  
Centralsjukhuset  
651 85 Karlstad

Version III, nov -98 i samarbete  
med minnesmottagningen,  
Geriatrik-LAH kliniken,  
Universitetssjukhuset  
581 85 Linköping

NAMN:

.....

PERSONNUMMER:

.....

När en person får minnessvårigheter eller andra svårtolkade symtom, kan man behöva undersöka om detta beror på någon sjukdom som stör hjärnans funktioner.

För att på säkraste sätt ställa rätt diagnos och kunna erbjuda lämplig behandling, måste den utredande läkaren göra en noggrann analys av varje patients speciella symtombild.

Personen kan av olika skäl ha svårt att utförligt beskriva sitt tillstånd. Det är därför av stort värde, om en eller flera närstående omsorgsfullt går igenom detta formulär och ger sin beskrivning av situationen. Den / de som lämnar uppgifterna bör ha känt personen länge och väl känna till hur han / hon har det i sitt dagliga liv.

**Ange om och i vilken utsträckning beskrivna symtom observerats, genom att med kryss i lämpliga rutor (  ) markera de alternativa påståenden eller svar som stämmer bäst på Din / Er uppfattning. Vissa frågor besvaras på korta testrader. Behövs mera utrymme, går det bra att bifoga ett löst blad eller ett brev.**

**Det är viktigt att uppgifterna särskilt belyser det som *förändrats* i personens tillstånd.  
Personen eller Patienten förkortas på vissa ställen i enkäten till bokstaven P**

Enkäten besvarad av:

.....

Datum:.....

Förhållande till den person som enkäten gäller:

Maka/make  Barn

Syskon

Annan närstående person:

.....

Om något är oklart, kontakta gärna mottagningssköterska:.....

Tel: .....

Genom mottagningssköterskan eller vid mottagningsbesök ges möjlighet att enskilt kommentera eller diskutera enkäten.

<b>P har fått svårare att:</b>	<b>Nej</b>	<b>Ja, något/ Ibland</b>	<b>Ja, uttalat/ Ofta</b>	<b>Vet inte Kan inte Bedöma</b>
<b>-hitta på välbekanta platser,</b> t ex hemma hos nära vänner eller vid promenad / bilkörning i hemortens centrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-lära sig hitta i nya miljöer,</b> t ex vid resor eller besök i varuhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-bedöma avstånd och inta rätt kropps- läge,</b> t ex att sätta sig på en stol eller lägga sig i en säng med kroppen rätt placerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-känna igen</b> vardagliga föremål, bilder, symboler eller ansikten på välkända personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-utföra vanliga praktiska sysslor,</b> trots att rörligheten är god, t ex påklädning, hushållsarbete, handarbete, bilkörning, eller användning av olika apparater såsom kaffebryggare, telefon, rakapparat, tvättmaskin eller fjärrkontroll till TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-följa instruktioner och bruks- anvisningar</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-förstå vad han/hon hör eller läser,</b> t ex innehållet i brev, tidningar eller program på radio/TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-hitta rätt ord.</b> Försöker ofta finna ett annat sätt att förklara vad han/hon menar eller talar osammanhängande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-skriva,</b> t ex skriva brev, meddelanden eller fylla i blanketter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-räkna</b> och förstå sin ekonomi, t ex växla pengar, betala räkningar, använda checkar och betalkort, kontrollera sina kontoutdrag och förstå pengars värde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
(P 1-10)

.....  
0

1

2

.....  
X

	Nej	Ja, något/ Ibland	Ja, uttalat/ Ofta	Vet inte Kan inte Bedöma
<b>P har.....</b>				
<b>-förändrad initiativförmåga.</b> Har t ex svårare att ta sig för sysslor som tidigare varit rutiner eller har blivit överaktiv på ett sätt som skapar problem eller oordning (stryk under det som stämmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-svårare att planera,</b> t ex vad gäller att sköta hemmet, göra inköp, välja lämpliga kläder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-försämrat omdöme.</b> Gör sådant som är riskabelt eller måste redas ut. Kan vara mindre noggrann med hur hemmet eller den personliga hygienen blir skött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-försämrad insikt,</b> T ex om de problem som symtomen leder till i hans/hennes egen situation eller för andra personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-svårare att engagera sig och visa medkänsla</b> i det som tidigare varit viktigt, både vad gäller familjen och samhället i stort. Känsloreaktionerna är svagare eller otydligare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-förändrat sinne för humor</b> Har svårt at förstå skämt, misstolkar, tar åt sig eller skämtar själv på ett sätt som är olikt honom/henne. Kan verka road och upprymd utan att det tycks finnas orsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-mera onyanserade åsikter,</b> värderingar och synpunkter. Har svårare att ta till sig argument och <b>resonerar ologiskt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-blivit mera <b>fåordig</b> och använder <b>samma ord eller uttryck</b> gång på gång	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-förändrat sitt beteende.</b> Detta kan leda till genanta eller problematiska situationer i sällskapslivet eller samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-förändrat sina matvanor,</b> t ex hunger, mättnadskänsla eller val av födoämnen är annorlunda än tidigare. Bordsskicket kan ha blivit mera glupskt Och ensidigt begär efter viss föda, t ex Sötsaker kan ha uppkommit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... (F 1-10)	0	1	2	X

	Nej	Ja, något/ Ibland	Ja, uttalat/ Ofta	Vet inte Kan inte bedöma
<b>P.....</b>				
<b>-tänker trögare</b> och behöver fundera längre innan han / hon svarar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-reagerar långsammare.</b> Hinner inte med att öka tempot och göra det som behövs då något plötsligt händer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-rör sig långsammare</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-rör sig stelare och mera osmidigt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-har förändrat sitt sätt att gå</b> och stegen korta, trippande eller mera klumpiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-har försämrad balans</b> och faller lättare omkull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-är fumligare</b> eller har blivit mera darrhänt (stryk under det som stämmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-har annorlunda ansiktsuttryck</b> , d v s minspelet är mindre spontant och varierat, vilket gör att det blivit svårare att avläsa känsloläge och reaktioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-talar otydligare</b> p g a att uttalet blivit sluddrigt eller p g a att rösten blivit svagare (stryk under det som stämmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>-har svårare att känna när han /hon behöver gå på toaletten</b> , vilket kan leda till att han / hon kissar på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... (SK 1-10)	0	1	2	X

	Nej	Ja, något/ Ibland	Ja, uttalat/ Ofta	Vet inte Kan inte bedöma
<b>P.....</b>				
-är mera <b>stresskänslig</b> och kan dra sig undan sällskap eller intensiva aktiviteter. Kan ha ett ökat behov av att göra en sak i taget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-är mera <b>nedstämd</b> och kan vara dystert, grubblande, ledsen med nedsatt "gnista" eller livslust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-är mera <b>orolig, rastlös</b> eller har blivit <b>rädd</b> för vissa situationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har <b>förändrat sina sovvanor</b> , t ex sover sämre, sover mera eller sover vid andra tider på dygnet än tidigare (stryk under det som stämmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-är mera <b>lätttrörd</b> (gråtmild / "blödig") eller <b>växlar humör hastigt</b> utan tydlig orsak (stryk under det som stämmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-har svårare att hejda sig då han/hon blir arg och kan bli <b>hotfull eller våldsam</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-har fått <b>idéer som inte stämmer med verkligheten</b> . Kan t ex vara misstänksam och komma med grundlösa anklagelser, visa obefogad svartsjuka eller känna sig förföljd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-har <b>hallucinationer</b> , d v s ser, hör eller känner sådant som inte existerar i verkligheten, men som han/hon upplever tydligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-har stundtals eller periodvis blivit <b>förvirrad</b> , d v s hastigt blivit mera oklar i tankarna, fått svårare att orientera sig i tid och rum, visat ett förändrat beteende och fått svårt att komma till ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-har korta <b>stunder av frånvaro</b> , där han/hon inte reagerar på tilltal eller "fastnat" i en rörelse eller aktivitet på ett sätt som är svårt att bryta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... (AS 1-10)	0	1	2	X

	Nej	Ja, något/ Ibland	Ja, uttalat/ Ofta	Vet inte Kan inte bedöma
<b>P har svårare att.....</b>				
-komma ihåg vad han/hon alldeles nyligen gjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-komma ihåg vad som alldeles nyligen sagts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-komma ihåg vad som ska göras eller kommer att inträffa, t ex beställa tid för något eller uppmärksamma en högtidsdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-komma ihåg utan att bli påmind eller använda minneslappar, almanacka o s v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-komma ihåg det som ligger längre tillbaka i tiden och kan ha svårt att minnas i vilken ordning olika händelser inträffat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-veta vilken dag det är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-veta vilken tid på dygnet det är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... (M 1-7)	0	1	2	X

**För hur länge sedan** noterades att P började få minnessvårigheter eller andra angivna symtom?

mindre än 6 månader     ½-1 år     1-2 år     2-3 år     3-5 år     mera än 5 år

Känner Du / Ni till någon **speciell händelse** som kan sättas i samband med symtomen eller närmare ange **Tidpunkt** då symtomen började visa sig ?

Nej     Ja : .....

**På vilket sätt har symtomen utvecklats?**

**Gradvis** – tilltagande på ett smygande sätt

**Plötslig förändring** – därefter oförändrat, förbättrat, stegvis försämrat eller smygande försämring  
(stryk under det som stämmer)

**Periodvis återkommande symtom**, däremellan fungerarande som tidigare

**Varierar symtomen från dag till dag ?**     Nej     Ibland     Ofta

Berättar P att han / hon upplever **något symtom som särskilt svårt ?**

Nej     Ja :  
.....

Har några av de markerade symtomen lett till **påfrestningar för anhöriga ?**

Nej     Ja:  
.....

**Håller P med om de symtom Du / Ni angivit i enkäten stämmer ?**

Ja     Delvis     Nej     Svårt att diskutera med P