

PHASE-20**Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom**

Namn	Personnummer	Datum			
Fyller i enkäten <input type="checkbox"/> Självständigt <input type="checkbox"/> Med stöd av närstående <input type="checkbox"/> Med stöd av vårdpersonal <p style="text-align: right;">Namn:</p>					
Markera rutan vid det alternativ som du bedömer bäst motsvarar besvärnivån under de senaste två veckorna . Lämna förtydligande kommentarer i marginalen vid behov. Ringa in de besvär som stämmer bäst och stryk över de besvär som inte stämmer.					
	Inga besvär	Små besvär	Måttliga besvär	Stora besvär	Kommentar
1. Yr/ostadig/faller lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Trött/dåsig/orkeslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sover dåligt/mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ont i magen/ont i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Orolig/ångestfylld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lättirriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Glömsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Muntorr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Illamående/kräks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Förstopning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Svullna ben/anklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Andfådd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Täta trängningar/ urinläckage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Klåda/utslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Annat, till exempel smärta (ange vad) ----- Hur mycket har det besvärat dig de senaste två veckorna ? <input type="checkbox"/> Små besvär <input type="checkbox"/> Måttliga besvär <input type="checkbox"/> Stora besvär					

Övriga kommentarer:

Instruktion till dig som ska använda PHASE-20

Denna skattningsskala är till för att uppmärksamma om du upplever besvär som möjligen kan bero på din läkemedelsbehandling. Dina svar kan vara av stort värde för att din läkare ska få en så bra helhetsbild som möjligt.

Läs ett besvär i taget och kryssa i den ruta som bäst överensstämmer med hur du upplevt eventuella besvär under de senaste två veckorna. Skriv gärna något i rutan för kommentar om du vill berätta något särskilt om ett visst besvär.

Ibland efterfrågas flera besvär, till exempel yr/ostadig/faller lätt. Där kan du förtydliga om något är extra framträdande genom att ringa in det besväret, eller markera att du inte besväras av det genom att stryka över det. Om du fyller i blanketten elektroniskt så kan detta göras efter utskrift, alternativt använd kommentarsfältet.

Exempel:

Om besväret ostadig är extra framträdande och symtomet yr saknas, skriv;
yr/ostadig faller lätt.

Till närstående som kan behöva hjälpa till

Observera att din närstående i största möjliga mån ska göra skattningen av sina besvär själv. Din uppgift är att i första hand hjälpa till att läsa och direkt fråga om vart och ett av besvären och sedan föra in på blanketten de eventuella besvär han eller hon upplever sig ha av varje besvär. Tänk på att det gäller de senaste två veckorna.

Om skattningen till största delen är gjord av dig bör detta noteras på blanketten. Det kan vara viktigt för läkaren att veta det. För personer som inte kan medverka alls i bedömningen används PHASE-Proxy.

PHASE-20 — PHArmacoTherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor

Syftet är att identifiera symptom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar, interaktionseffekter eller underbehandling.

Referens

Mariann Hedström, Bodil Lidström, Kerstin Hulter Åsberg (2009)

PHASE-20: ett nytt instrument för skattning av möjliga läkemedelsrelaterade symptom hos äldre personer vid äldreboende. Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies (Vård i Norden); 4:9-14.

Blanketten kan hämtas på www.regionuppsala.se/phase-20.