

# PHASE-20

Patientversion

## – skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

Du hittar information om PHASE-20 på baksidan

Namn	Personnummer	Datum			
Fyller i enkäten <input type="checkbox"/> Självständigt <input type="checkbox"/> Med stöd av närstående <input type="checkbox"/> Med stöd av vårdpersonal Namn: _____					
<b>Sätt ett tydligt kryss</b> i rutan vid det alternativ som bäst motsvarar besvärnivån under <b>de senaste två veckorna</b> . Lämna gärna förtydligande kommentarer i marginalen vid behov. <b>Ringa in</b> de besvär som stämmer bäst och <b>stryk över</b> de besvär som inte stämmer.					
	Inga besvär	Små besvär	Måttliga besvär	Stora besvär	Kommentarer:
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	<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 <b>senaste två veckorna</b> ? <input type="checkbox"/> Små besvär <input type="checkbox"/> Måttliga besvär <input type="checkbox"/> Stora besvär					

## 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 kommentarer 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.

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.

## Ev övriga kommentarer

---

---

---

---

## PHASE-20 – PHArmacotherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor

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

Skalan är framtagen i samarbete mellan Läkemiddelskommittén i Landstinget i Uppsala län och FoU Äldre, Regionförbundet Uppsala län.

## Referens

Hedström Mariann, Lidström Bodil, Hulter Åsberg Kerstin. (2009). PHASE-20: ett nytt instrument för skattning av möjliga läkemedelsrelaterade symtom hos äldre personer i äldreboende.

Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies (Vård i Norden); 4:9-14.

PHASE-20 kan hämtas från [www.lul.se/phase-20](http://www.lul.se/phase-20)