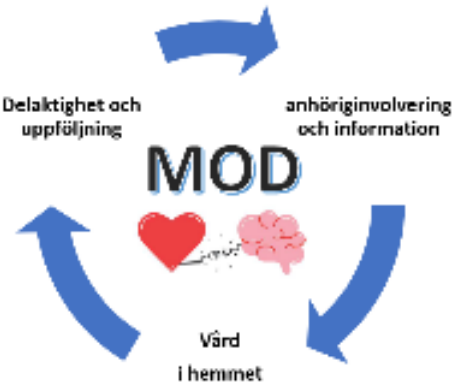
Version 1: 2026-11-09



Manual och checklista för anhörigintervju

Vid basal demensutredning används två frågeformulär:

1. Anhörigintervju för kartläggning av observerade symtom vid kognitiv svikt.
2. Skattningsformulär där patienten själv bedömer sin hälsa.

Syftet är att komplettera patientens egen anamnes för att få en tillförlitlig och heltäckande bild av kognitiv funktion, samt att fånga debut, förlopp och symtomens påverkan på vardagen.

Anhörigintervjun

Anhöriga kan ofta beskriva förändringar som patienten själv inte är medveten om, t.ex. minne, beteende, personlighet och funktionsförmåga. Om nära anhörig saknas kan annan närstående, exempelvis vän eller granne, bidra med viktig information. För att möjliggöra öppenhet bör en del av samtalet ske utan patientens närvaro.

Intervjun utgår från Ragnar Åstrands dokument (Region Västernorrland) och hjälper till att identifiera subjektiva kognitiva symtom. Länk till kartläggningsmaterial: Anhörigintervju för kartläggning av observerade symptom vid kognitiv svikt.

Skattningsformuläret

Skattningsformuläret används som komplement för att fånga upp sådant som inte framkommer i intervjun. Denna ifylls tillsammans med patienten och vid behov även med anhörig.

En del av de frågor kring våld och hot som finns i skattningsformuläret återkommer i checklistan för uppföljning/hembesök som bör utföras av kommunens personal. Tänk på att hot och våld inte alltid är synligt för ögat och heller inte alltid av fysisk karaktär. Såväl psykisk som ekonomiskt våld kan vara aktuellt. Frågor om hot och våld ska alltid ställas enskilt till patienten.

Skattningsformulär vid misstänkt kognitiv svikt/demens

Skattningsformuläret används som ett komplement till befintlig anhörigintervju, se behandlingslinje demens på Vårdgivarwebben.

Frågorna ställs med fördel direkt till personen med misstänkt kognitiv svikt tillsammans med anhöriga. *OBS! Frågan om hot och våld ställs i enrum till den enskilde och anhörig.*

Namn	
Personnummer	
Hälso-/vårdcentral	
Datum för skattning	
Intervjuare / person som hjälpt till att fylla i blanketten	

Social situation

I detta avsnitts besvaras frågor om boende, social hälsa, kultur och utbildning, körkort och resor, vapen och upplevd hälsa.

Boendesituation
☐ Ensam
☐ Med make/maka/sambo
☐ Med barn/annan person
☐ Särbo

Typ av boende
☐ Eget hem i villa
☐ Eget hem i lägenhet
☐ Trygghetsboende
☐ Särskilt boende
☐ Trappor, ange antal _____

Anhöriga / vänner
☐ På nära håll
☐ På annan ort
☐ Nej, inga
☐ Barn, ange ålder _____

Annat språk / kultur / religion _____

Utbildning / yrke _____

Körkort	☐ Ja	☐ Nej
Varit inblandad i någon trafikincident de sista 6 månaderna?	☐ Ja	☐ Nej
Färdtjänst	☐ Ja	☐ Nej
Vapen	☐ Ja	☐ Nej

Upplevd hälsa *(Efterfråga hur personen mår och uppskattar sin egen situation)*
☐ Utmärkt ☐ God ☐ Någorlunda ☐ Dålig ☐ Mycket dålig

☐ Ofrivillig ensamhet

Tidigare sjukdomar och andra åkommor

I detta avsnitts besvaras frågor om sjukdomar, skador och ärftlighet.

☐ Ja, ange vad och, om möjligt, årsdebut:

Slag mot huvudet som inneburit hjärnskakning eller medvetslöshet.	☐ Ja ☐ Nej Om ja, ange när: _____
Blodtransfusion senaste 10 åren	☐ Ja ☐ Nej
Fästingbiten senaste 10 åren	☐ Ja ☐ Nej
Någon form av metall / elektroder i kroppen	☐ Ja ☐ Nej
Överkänslighet / allergi	☐ Ja ☐ Nej Om ja, ange vad: _____ _____

Ärftlighet / kognitiva sjukdomar i släkten

☐ Mamma / pappa / syskon

☐ Mor- / farföräldrar / föräldrars syskon

☐ Andra släktingar

Läkemedel

Nuläge och reaktion	**Hjälpmedel**	**Stöd**
• Antal olika läkemedel/dag, ange: _____ ☐ Följsamhet till ordination ☐ Svårt att inta läkemedel självständigt. ☐ Överkänslighet, ange: _____ _____ ☐ Misstänkta biverkningar: _____ _____	☐ Dosett: ☐ delar själv ☐ får hjälp att dela ☐ Apodos/läkemedelsrobot ☐ Nej, inget ☐ Annat _____	☐ Ja, får hjälp av anhörig/ hemtjänst att hantera läkemedel. ☐ Nej, men har behov av stöd. ☐ Nej, inget behov av stöd.

Förmedlas till ansvarig sjuksköterska i kommunal primärvård / hälso-/vårdcentral, enligt lokal lösning.

Levnadsvanor

I detta avsnitts besvaras frågor om vanor kring mat, alkohol och andra substanser, rökning, snus och motion.

Matvanor

Antal måltider per dag	Antal _____
Behöver du hjälp för att inta föda?	☐ Ja ☐ Nej
Har du besvär att tugga eller svälja?	☐ Ja ☐ Nej
Har din vikt förändrats de senaste åren?	☐ Ja, viktuppgång ___ kg ☐ Ja, viktnedgång ___ kg ☐ Ingen viktförändring

Intar alkohol

☐ < 1 glas/v
☐ 1-4 glas/v
☐ 5-9 glas/v
☐ >9 glas/v
☐ Dricker ingen alkohol

Andra substanser

Ange vad:

_____
_____
_____

Rökning och snus

☐ Röker, ange hur mycket/ofta:

_____

☐ Passiv rökare
☐ Snusar, ange hur mycket/ofta:

_____

Motionsvanor

	Ingen regelbunden motion	Minst 30 min, 1 ggr/v	Minst 30 min, ett par ggr/v	Annan frekvens, ange hur ofta
Promenad	☐	☐	☐	
Annan regelbunden motion, ex. städ, gräsklippning	☐	☐	☐	
Högintensiv regelbunden motion	☐	☐	☐	

Munhälsa

Egna tänder	☐ Ja	☐ Nej	
Muntorrhet	☐ Ja	☐ Nej	
Regelbunden tandborstning	☐ Ja	☐ Nej	Ange hur ofta:
Sköter tandborstning själv	☐ Ja	☐ Nej	Om nej, behov av stöd?
Protes, delprotes, implantat	☐ Ja	☐ Nej	Ange vad:
Giltigt tandvårdsintyg	☐ Ja	☐ Nej	Ange utgångstid:
Regelbunden tandvård *(tandläkarkontakt)*	☐ Ja	☐ Nej	Ange år/datum för senaste besöket:

Sinnen

	God	Måttliga problem	Stora problem	Hjälpmedel, ange vad:
Hörsel	☐	☐	☐	
Syn	☐	☐	☐	

Verbal kommunikation

☐ Svårt att hitta rätt ord
☐ Försämrad talhastighet
☐ Svårt att hålla en röd tråd i samtal
☐ Svårt att tolka det sagda ordet
☐ Inga svårigheter

Aktuella besvär

I detta avsnitts besvaras frågor om smärtor, cirkulation, rörelseförmåga och psykologiska faktorer.

Smärtor

☐ Ja, ange var: _____

Hur ofta / när? _____

☐ Nej, inga smärtor

Cirkulation	**Ja / Nej**	**Om ja, beskriv utförligare:**
Ökad yrsel / ostadighet	☐ Ja ☐ Nej	
Yrsel vid uppresning	☐ Ja ☐ Nej	
Ökad andfåddhet	☐ Ja ☐ Nej	
Ökad trötthet / ork	☐ Ja ☐ Nej	

Motorik	**Ja / Nej**	**Om ja, beskriv utförligare samt frekvens:**
Nedsatt motorik	☐ Ja ☐ Nej	
Fallbenägenhet	☐ Ja ☐ Nej	

Psykologiska faktorer

Kryssa för samtliga förekommande faktorer. Om ja, beskriv närmare om exempelvis typ och frekvens.

☐ Vanföreställning _____

☐ Aggressivitet / upprördhet _____

☐ Depression / nedstämdhet _____

☐ Ångest / oro _____

☐ Apati / likgiltighet _____

☐ Hämningslöshet _____

☐ Lättretlighet / labilitet _____

☐ Motorisk rastlöshet _____

☐ Upplevd ensamhet _____

☐ Förändrat matbeteende _____

☐ Sömnstörningar / mardrömmar _____

Ekonomi

Hjälper någon dig att betala räkningar, etc?	☐ Ja	☐ Nej
Behöver du hjälp?	☐ Ja	☐ Nej
Har du en god man / förvaltare?	☐ Ja	☐ Nej

Hot och våld

OBS! Frågorna om hot och våld ställs i enrum till den enskilde och anhörig.

Känner du dig trygg i ditt hem?	☐ Ja	☐ Nej
Har någon skadat eller hotat dig?	☐ Ja	☐ Nej
Förekommer verbalt våld i hemmet?	☐ Ja	☐ Nej
Förekommer fysiskt våld i hemmet?	☐ Ja	☐ Nej
Förekommer psykiskt våld i hemmet?	☐ Ja	☐ Nej

Sexualitet

Förändrat intresse för sex	☐ Ja	☐ Nej
Svårigheter att ha sex	☐ Ja	☐ Nej

Övrigt

Vad är viktigt för dig?
Vad är viktigt för dig som anhörig? Behövs mer stöd?