

**OMAISEN OSUUS ON TÄRKEÄ MUISTIHÄIRIÖN TUNNISTAMISESSA JA
ARVIOINNISSA**

Veijo Pulliainen, Muistikeskus Lahti - Hemo

Pekka Kuikka, Neuroarviot OY Jyväskylä

Juhani Salo, Muistikeskus Tampere – Koskiklinikka

Muistinsa heikentymistä valittava tai dementian mahdollisuudesta huolestunut potilas on varsin tavallinen terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Tavallista on myös kohdata potilas, jonka läheinen saattaa tutkimukseen muistiongelmien vuoksi. Uusien hoitomuotojen kehittyessä on tärkeä tavoittaa dementiapotilaat jo ennen varsinaista kliinisesti selvää dementoitumista, jotta sairauden ja sen oireiden kehittymistä voidaan hidastaa hyvissä ajoin. Lääkäri joutuu siten usein ratkaisemaan, milloin potilaalla on niin vakava muisti- tai muu kognitiivinen häiriö, että sen tausta ja syyt on aiheellista selvittää tarkemmin.

Sairauksien oirediagnostiikka perustuu potilaan haastatteluun. Muistihäiriö- ja dementiapotilaan kohdalla tämä tietolähde on epävarma, mikä johtuu potilaan muistin ja harkintakyvyn epävarmuudesta sekä sairaudentunnon heikentymisestä. Toisaalta, korostuneiden muistivalitusten taustalla voi olla myös muu kuin varsinainen elimellinen muistihäiriö, varsin usein masennus- tai ahdistustila.

Tärkeä osa muistihäiriö- tai dementiapotilaan tutkimusta on potilaan omaisen tai läheisen haastatteleminen. Kiireisessä vastaanottotilanteessa perusteelliseen haastatteluun ei useinkaan ole riittävästi aikaa. Tällöin kannattaa käyttää haastattelun apuna kyselylomakkeita (esim. KYSELY MUISTIHÄIRIÖPOTILAAN LÄHEISELLE tai IQCODE), jotka läheinen voi täyttää vastaanotolla tai jo ennen vastaanottoa. Niiden avulla voidaan lyhyessä ajassa kerätä omaiselta olennaista tietoa potilaan muistihäiriön luonteesta, vaikeusasteesta sekä sen vaikutuksista arkiselviytymiseen.

Ensioireiden laadun ja niiden kehittymisen tunnistaminen voi tuoda tärkeää tietoa myös erotusdiagnostiikan kannalta: hiipivästi kehittyvä muistihäiriö viittaa tyypillisesti Alzheimerin tautiin, vähitellen lisääntyvät keskittymiskyvyn ja luonteen muutokset otsalohkodementiaan. Tarkkaavaisuuden muutosten ja näköharhojen vähittäinen paheneminen taas voivat antaa aiheita epäillä Lewyn kappale -dementiaa.

1. Muistihäiriöiden varhaisen tunnistamisen ongelmat

Hitaasti kehittyvissä kognitiivisissa häiriöissä tilanne on pitkään epämääräinen. Ennen kliinisesti todettavissa olevaa lievää Alzheimerin tautiin liittyvää dementiaa voi olla vaikea tehdä rajanvetoa varhaisen dementiaa ennakoivan muistihäiriön ja mielialapohjaiseen muistin tehottomuuden välillä.

Muistivaikeuksien paheneminen, lieväasteisuus ja vaihteleva ilmeneminen eivät useinkaan huolestuta potilasta siinä määrin, että hän hakeutuisi tutkimuksiin. Omaisenkaan havainnot eivät tässä vaiheessa johda hakeutumiseen tarkempiin tutkimuksiin. Hitaasti tapahtuviin muutoksiin sopeudutaan ja usein niiden luullaan kuuluvan osaksi normaalia ikääntymistä.

Kun Alzheimerin tauti on edennyt lievään kliinisesti havaittavaan dementiaivaiheeseen potilas ei välttämättä haastattelussa juurikaan tuo muistiongelmiaan kovin aktiivisesti esille. Potilas saattaa myönnellä ongelmia olevan, mutta ei osaa tarkentaa niistä aiheutuvia käytännön vaikeuksia tai arvioida muistiongelman käytännön haittaavuutta. Moni Alzheimerin tautia sairastava potilas alkaa lievän demencian vaiheessa myös vähätellä muistivaikeuksiaan. Yhtenä ymmärrettävänä syynä on, että potilas yliarvioi muistinsa toiminnan, koska ei muista unohteluista aiheutuneita ongelmatilanteita.

Tärkeä syy potilaan muistivalitusten vähäisyyteen on myös sairaudentunnon heikentyminen (anosognosia). Sen vuoksi potilas vähättelee tai jopa aktiivisti kieltää kognitiivisen toimintakykynsä ongelmia. Oiretiedostuksen heikentymisen on todettu liittyvän Alzheimerin taudissa etenkin otsalohkojen toimintahäiriöön. Tietoisuus omasta tilasta heikkenee lisääntyvästi taudin edetessä. Eräässä tutkimuksessa todettiin anosognosiaa 39%:lla Alzheimer potilaista ja 1-2 vuoden seurannan aikana oman tilan tiedostamisen ongelmat selvästi kasvoivat.

Muistivalitusten määrä voi olla tärkeä erotusdiagnostinen vihje: hyvin runsaat muistin heikkoutta koskevat valitukset puolestaan liittyvät usein enemmän masennukseen ja ahdistuneisuuteen kuin tehtävin todennettuihin heikentyneisiin muistisuorituksiin. Masentuneet iäkkäät ihmiset ovat huolestuneempia muististaan kuin ne ikätoverit, jotka eivät ole masentuneita.

Potilaan itsensä kuvaamat muistivaikeudet ja etenkin hänen arvionsa niiden haittaavuudesta voivat siis vääristyä monista syistä. Potilaan käsitys muististaan on todellisuutta parempi, jos oireiden tiedostamisen heikkous tai muistiongelmia tuottaneiden tilanteiden unohtuminen haittaavat itsearviota. Toisaalta potilaan arvio muististaan voi olla todellisuutta pahempi, jos mielialaongelmat muuttavat kokemusmaailmaa negatiiviseksi. Mielialaongelmat voivat myös heikentää muistin tehokkuutta vaikka eivät johdakaan vakavaan - tärkeidenkin asioiden - unohteluun. Masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen liittyvät keskittymisvaikeudet, hidastuneisuus ja väsyneisyys asioiden häiritsevät kylläkin mieleen painamista ja sujuvaa mieleen palautusta.

2. Ikääntymiseen liittyviä kognitiivisia muutoksia

Nykytiedon valossa on selvää, että pelkkä ikääntyminen ei heikennä kognitiivisia toimintoja - ei myöskään muistia - niin, että itsenäinen selviytyminen arkielämässä vaarantuisi. Vakavan kognitiivisen suorituskyvyn heikentymisen taustalla on siten aina jokin sairaus. Tavallisin normaaliin ikääntymiseen liittyvä muutos on lievä tiedonkäsittelyn hidastuminen nuorempiin verrattuna. Sitä on havaittu mitä erilaisimmissa toiminnoissa muun muassa reaktioaikakokeissa. Myös motorinen nopeus hidastuu ikääntymisen myötä.

Muistikin muuttuu joiltakin osin nuorempia tehottomammaksi. Ikääntymisen vaikutus muistiin on sitä suurempi mitä enemmän omaehtoista ponnistelua muistitehtävä vaatii. Esimerkiksi kuultujen kertomusten mieleen painaminen tai sanalistojen oppiminen voi olla nuorten suorituksia tehottomampaa. On havaittu, että ikääntyneet käyttävät heikosti muististrategioita. Myös omaa aktiivisuutta muistista haussa edellyttävä vapaa palautus on nuoria hitaampaa. Sen sijaan ikääntymisen vaikutus on vähäisempi vihjein avustettuun tai tunnistavaan palautukseen, jossa aktiivinen haku omasta muistista on minimoitu.

Terve ikääntyminen ei sen sijaan vaikuta juurikaan asioiden mielessä säilyttämiseen. Mieleen painetut asiat kyllä säilyvät muistissa, vaikka niiden mieleen painaminen voikin olla tehotonta ja vaikka niiden spontaani haku muistivarastoista voi tuottaa ongelmia. Tässä mielessä säilyttämisen onnistuminen - eli taukojen aikaisen nopean unohtumisen puuttuminen - erottaa

normaalin ikääntymisen lievät muutokset jo varhaisestakin Alzheimerin taudista. Jo varhaisessa, prekliinisessä, vaiheessa ensimmäisiä ongelmia ovat asioiden nopea unohtelu, esimerkiksi puli tuntia aiemmin sovitun asian katoaminen kokonaan mielestä..

2. Ikääntyneiden muistivalitukset

lökkäät henkilöt valittavat yleisesti muistinsa heikentyneen. Eräässä tutkimuksessa 65-84- vuotiaista ihmisistä lähes 70% arvioi muistinsa huonontuneen viime vuosien aikana. Suurin osa haastatelluista koki muistinsa kuitenkin heikentyneen vain lievästi ja noin 80% piti muistinsa nykyistä tasoa tyydyttävänä. Kun potilaan muistin tilaa selvitetään ei siis riitä, että kysytään muistin muuttumista tai sen heikkenemistä yleisellä tasolla, koska valtaosa ikääntyneistä kokee sellaista tapahtuneen. On tiedusteltava tarkemmin tämän hetkistä muistin toimintaa ja mahdollisia siihen liittyviä arkihaittoja.

On ilmeistä, etteivät pelkät muistivalitukset käy muistihäiriön todisteesta, eivätkä voi korvata varsinaista muistitutkimusta, mutta voivat toimia hyvinkin herätteinä sille.

3. Läheisten havainnot potilaan muistista

Potilaan läheisten on voitu osoittaa olevan varsin tarkkoja dementiaan kuuluvien ja sitä jo ennakoivien kognitiivisten ensioireidenkin tunnistamisessa. Raporttien mukaan he ovat havainneet heikentymistä potilaan muistissa ja vaativammissa käytännön taidoissa jo useita vuosia ennen dementian diagnoosia. Erityisen tärkeää on, että läheisten havainnot korreloivat potilaiden todelliseen suoriutumiseen muistitesteissä ja samalla myös ennustavat seurannoissa myöhemmin ilmenevää dementiaa. Ylipäänsä omaisten käsitykset potilaan kognitiivisesta tilasta ja sen muutoksista ovat osoittautuneet päteviksi.

3.1. Omaisen tiedostuksen kehittyminen

Omaisen havainto läheisen dementiasairaudesta ei synny yhtäkkiä, vaan sen on havaittu kehittyvän usean vaiheen kautta. Jälkikäteen arvioituna on ensimmäisenä vaiheena todettu olevan hiipivän tai tunnistamattomaksi jääneen

alkuvaiheen, jolloin omainen on havainnut ensimmäisiä merkkejä muutoksista. Ensimmäiset oireet, joka yleensä kiinnittivät omaisten huomioita olivat muistin ongelmat, unohtelut. Tavallisia olivat myös luonteen ja käyttäytymisen muutokset sekä vaikeudet monimutkaisemmissa tehtävissä. Esimerkkeinä sosiaalinen vetäytyminen ja toiminnanohjauksen (eksekutiiviset) häiriöt. Näitä ilmiöitä, ei kuitenkaan tässä vaiheessa ole tulkittu sairauteen liittyviksi. Tämä vaihe voi kestää vuodesta useampaankin.

Seuraavana on epävarmuuden vaihe, jolloin läheisen lisääntyvät oireet aiheuttavat omaisessa hämmennystä. Omaisella herää mielessään kysymyksiä, ovatko havaitut muutokset normaaliin ikääntymiseen vai sairauteen liittyviä. Tutkimuksiin ja selvityksiin lähtö voi kuitenkin viivästyä monestakin syystä: 1) läheisen puutteelliset tiedot Alzheimerin taudin ensioireiden ja terveen ikääntymiseen liittyvien muistimuutosten eroista, 2) potilaan vaikeus tiedostaa omaa tilaansa, 3) perheen sisäinen roolikonflikti - esim. lapsen on vaikea puuttua tilanteeseen vastoin isänsä tai äitinsä omaa tahtoa. Tämä epävarmuudenkin vaihe voi kestää pahimmillaan kuukausista useampaan vuoteen.

Potilaan lisääntyvät ja pahenevat muistiongelmat, käyttäytymisen muuttuminen ja vaikeudet arkiaskareissaan siirtävät omaisen subjektiivisen varmuuden vaiheeseen. Tällöin omainen on itse varma, että kyseessä on jokin poikkeava ilmiö ja sairaus. Potilailla taas puuttuu useimmiten tässä vaiheessa sairaudentunto kokonaan ja omaisen varmuudesta huolimatta tilanteen selvittelyä voi viivästyttää potilaan oman tilan tiedostamisen puutteeseen liittyvä vastustelu. Eräässä tutkimuksessa keskimääräinen aika ensimmäisten oireiden havaitsemisesta siihen, jolloin omainen toteaa selvästi ongelman oli vuodesta kahteen, tästä ensimmäiseen lääkärikontaktiin kului keskimäärin vielä yksi lisävuosi.

Viivästyneen lääkärikontaktin syiksi on eräissä tutkimuksissa mainittu epävarmuus oireiden vakavuudesta, oireiden tulkitseminen osaksi normaalia ikääntymistä. Osa omaisista koki kiusalliseksi ottaa koko asiaa puheeksi läheisensä kanssa tai

kertoivat läheisen muuttuneen aggressiiviseksi, jos asiasta puhuttiin. Suurella osalla omainen, jolla oli muistihäiriö, aktiivisesti kieltäytyi tutkimuksista.

Kun omainen oli saanut läheisensä tutkimuksiin suuri osa potilaista diagnosoitiin ensimmäisen lääkärikontaktin perusteella perusterveydenhuollossa usein muuksi kuin dementiaksi tai Alzheimerin taudiksi. Tila tulkittiin yleisesti masentuneisuudeksi tai normaaliksi ikääntymiseksi. Dementiadiagnoosin jälkeen omaisella alkaa objektiivisen varmuuden vaihe, kun potilaan oireet ovat saaneet selityksen.

4. Kyselylomakkeita muistihäiriöpotilaan läheiselle

Omaisien haastattelussa kannattaa käyttää apuna kyselylomakkeita, koska ne auttavat läheistä jäsentämään ja ilmaisemaan tärkeää yksityiskohtaista tietoa potilaan käytännön muistamisesta. Läheisellä on usein hätä siitä, että asiat ovat heikosti, mutta asioiden täsmällinen erittely ja niiden pukeminen sanoiksi voi olla vaikeaa. Lomake antaa raameja huolen ja havaintojen ilmaisemiselle ja niitä voidaan täsmentää haastattelemalla.

4.1. IQCODE

Kansainvälisesti yleisimmin käytössä oleva omaiskysely on IQCODE (The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, ks. tohtori.fi/muistiklinikka). Sen lyhyt versio koostuu 16:sta kysymyksestä. Kyselyssä tiedustellaan potilaan läheiseltä tämän havaitsemia muutoksia potilaan muistissa ja toimintakyvyssä kymmenen vuotta sitten vallinneeseen tilanteeseen verrattuna. Arviointi tehdään 5-pisteisellä asteikolla, jossa 1 merkitsee paljon paremmin kuin 10 vuotta sitten ja 5 paljon huonommin. Kyselyssä pyritään selvittämään muutosta, ei niinkään tämän hetkistä toimintakykyä.

IQCODE korreloi kohtuullisesti MMSE:iin (0.37 - 0.74), mutta toisin kuin MMSE se ei korreloi arvioituun aikaisempaan suoritustasoon, koulutukseen tai sanavarastoon. Dementian seulonnassa IQCODE on osoittautunut vähintäänkin yhtä tehokkaaksi kuin MMSE. IQCODEn korrelaatiot mielialaongelmiin, kuten

masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen ovat myös vähäiset. IQCODEn kykyä tavoittaa varhainen dementia ei kuitenkaan ole tutkittu.

IQCODEn lyhyt 16 kysymyksen versio pisteytetään laskemalla yhteen kysymysten pistemäärät ja jakamalla ne kysymysten lukumäärällä eli lyhyessä muodossa jaetaan summapistemäärä, joka voi vaihdella 16 – 80 jaetaan 16:lla. Tulos vaihtelee yhden ja viiden välillä. Tulos 3 tarkoittaa, ettei muutosta aikaisempaan verrattuna ole havaittu. Tulos 4 tarkoittaa, että henkilö on hieman heikentynyt aikaisempaan verrattuna. Tila on aikaisempaan verrattuna heikentynyt paljon, mikäli tuloksen keskiarvo on 5. Nyrkkisääntönä voisi olla, että viiden tai useamman vastauksen arvo 4 tai 5 antaa aiheen muistiongelmiin tarkempaan selvitykseen. Kyselyn voi täyttää itsenäisesti kotona tai vastaanotolla, eikä sen täyttäminen välttämättä vaadi ohjausta tai valvontaa.

4.2. Neuropsykologinen omaiskysely

Neuropsykologinen kysely muistihäiriöpotilaan läheiselle on laadittu Alzheimerin taudin varhaisvaiheen kannalta keskeisten ongelmien näkökulmasta, mutta antaa myös jossain määrin tietoa suhteessa dementian erotusdiagnostisiin kysymyksiin (ks. tohtori.fi/muistiklinikka). Tavoitteena on selkein ja sisällöllisesti pätevin kysymyksiin sekä melko vähin vastausvaihtoehtoin koota keskeisiä havaintoja potilaan käytännön muistamisesta.

Kyselyssä tiedustellaan läheiseltä potilaan muistiongelmiin ilmenemistavoista ja niiden alkamisesta sekä muistakin kognitiivisista muutoksista. Lisäksi selvitetään, onko läheinen havainnut muutoksia potilaan luonteessa ja mielialassa ja onko potilaan avun ja valvonnan tarve kasvanut. Läheisen lisähavaintoja varten on lomakkeen loppuun ja kysymystenkin yhteyteen on jätetty kirjoitustilaa. Läheisen antamia vastauksia voi tarkentaa haastattelulla.

Lomaketta on kokeiltu eri yhteyksissä: useimmiten läheinen on täyttänyt lomakkeen odottaessaan potilaan haastattelun ja muun tutkimuksen aikana. Joissain tapauksissa lomake on lähetetty läheiselle kutsukirjeen mukana ennakkotäyttöä varten ja joskus lomake on ollut haastattelijan kirjaamisvälineenä

läheisen haastattelun aikana tai niin, että läheistä on pyydetty käymään kysymyksiä läpi haastattelutilanteessa.

Kliinisen kokemuksen mukaan kysely auttaa kognitiivisten toimintojen heikkenemisen ja siitä aiheutuvien käytännön ongelmien arvioimista siten, että läheiselle avautuu tilaisuus kuvata potilaan kognitiivista toimintakykyä monelta puolelta. Kyselyn ja äskettäin esitellyn CERAD- tehtäväsarjan yhteiskäyttö on osoittautunut varsin tehokkaaksi tavaksi muistipotilaan tilanteen kartoittamisessa.

Muistiongelmien laatu ja alkaminen *(kysymykset 1-8)*

Jo ennen lievääasteista dementiaa on Alzheimerin taudissa tyypillistä kaikenlaisten uusien asioiden ja tapahtumien nopea unohtaminen. Ilmiö voimistuu sairauden edettyä lievän kliinisesti todettavissa olevan demencian vaiheeseen.

Mielialaongelmista kärsivä potilas tuntuu usein liioittelevan muistiongelmiansa käytännön haittaavuutta, kun taas suuri osa varhaista tai lievää Alzheimerin dementiaa sairastavista on puutteellisesti tietoinen omista muistiongelmistaan ja niiden arjessa aiheuttamista haitoista.

Alzheimerin taudissa, jossa aivojen hidas rappeutuminen alkaa ohimolohkojen sisäosista, muistiongelmien ovat oireista ensimmäisiä ja kehittyvät hitaasti hiipien. Monien muiden sairauksien yhteydessä muistiongelmilla on äkillinen tai suhteellisen nopea alku, esimerkiksi aivoinfarktin, aivovamman tai yleisen sekavuustilan yhteydessä.

Muu henkinen suorituskyky *(kysymykset 9-19)*

Pidemmälle edenneessä Alzheimerin taudissa muistiongelmien rinnalla on muista selviä kognition ongelmia. Kun Alzheimerin tautiin liittyvä hermosolujen rappeutuminen etenee aivojen kuorikerroksen assosiaatioalueille, alkaa ilmetä kielellisten ja hahmotuksen perustoimintojen vaikeuksia, kuten harvinaisempien sanojen löytämisen vaikeutta tai eksymisalttiutta. Alzheimerin taudin varhaisvaiheessa potilas selviää käytännön rutiinitilanteista vielä normaalisti, mutta sairauden eteneminen heikentää etenevästi myös aikaisemmin hyvin osattuja käytännön taitoja.

Alzheimerin tautia sairastavan potilaan luonteenpiirteet, sosiaaliset toimintatavat ja käytöstavat säilyvät pitkään entisellään, minkä takia potilas vaikuttaa haastattelutilanteessa varsin normaalilta ja terveeltä. Tämän vuoksi, mikäli läheinen kertoo selvistä luonteen muutoksista, on syytä epäillä etuotsalohkoja vaurioittavia aivomuutoksia. Tyypilliset muutokset ovat tällöin kahdenlaisia: yhtäältä aloitekyvyn heikentyminen, joka johtaa käytännön toimintojen hidastumiseen ja niiden aloittamisen sekä loppuunsaattamisen heikentymiseen. Toisaalta luonteen muuttuminen ja harkintakyvyn heikentyminen, joka aiheuttaa estottomuutta sosiaalisissa kontakteissa ja voi näkyä liiallisena tuttavallisuutena tai toisaalta karkeina, epäsopivina puheen parsina ja kommentteina.

Alzheimerin taudissa näköharhat ovat harvinaisia taudin varhaisessa vaiheessa, mutta Lewyn kappale -taudissa näköharhat ovat tavallisia - yleensä eloisia ja toden tuntuksia ihmisiä tai eläimiä. Koska näköharhat voivat olla ensimmäisiä tai silmiinpistävimpiä aivotoiminnan häiriön oireita, saattaa Lewyn kappale -tautia sairastava potilas ohjautua psykiatriseen hoitoon ja tulla lääkityksi neurolepteilla, mikä voi Lewyn kappale -tautiin liittyvän neuroleptiherkkyden vuoksi johtaa vaaratilanteisiin.

Masennus on ikäihmisillä yleistä eivätkä dementia ja masennus ole toisiaan poissulkevia tiloja. Masennuksesta johtuvien muistiongelmien erottaminen aivoperäisistä muistiongelmista on keskeinen erotusdiagnostinen haaste. Alzheimerin taudin alkuvaiheessa potilaalla voi olla alakuloisuutta ja kiinnostusten menettämistä, mutta vaikeat masennustilat eivät kuitenkaan ole tavallisia. Erotusdiagnostinen lisähaaste on siinä, että masennuksen kaltaisia piirteitä vähäenergisyttä ja aloitteisuuden puutetta sekä keskittymisen ongelmia ilmenee Alzheimerin taudissa otsalohkoyhteyksien muutosten vuoksi.

Käytännön haitta (kysymykset 20-24)

Dementian vaikeusaste määritellään oireiden käytännön haittaavuuden eli potilaan arkiselviytymisen ja avuntarpeen perusteella. Muistin ja aloitteisuuden heikentyminen ja muut kognition ongelmat johtavat yleensä jo varhain vaativimpien harrastusten sekä seura- ja yhdistyselämän vähenemiseen.

Dementian vaikeutuessa potilas tulee yhä avuttomammaksi arkiaskareissaan ja vastuu sekä arjesta että potilaan hoitamisesta kasautuu omaiselle. Mikäli potilaalla lisäksi on käyttäytymisoireita - harhaluuloja, agitaatiota, levottomuutta, masennusta tai pelkotiloja - kasvaa omaisen taakka ja rasittuneisuus entisestään. Potilaan selviytyminen kotihoidossa riippuu paljolti omaisen jaksamisesta, joten tukitoimine järjestämiseksi on tärkeää kysyä miten rasittuneeksi potilaasta huolehtivan omaisen itsensä kokee.

Yhteenveto

Kliinisessä työssä on tärkeä ajatella minkälainen kokonaisuus muodostuu testihavainnoista, läheisen havainnoista ja siitä millä tavalla potilas itse kuvaa muistinsa muutosta ja suhtautuu siihen. Muistitestit ovat pääsääntöisesti herkkiä paljastamaan lieviäkin muistamisen tehokkuuden muutoksia, koska testeissä vaaditaan pikkutarkkaa aivan uusien asioiden muistamista. Toisaalta, testihavainnot ovat aina peräisin suhteellisen lyhyestä tilanteesta, jossa voivat vaikuttaa esimerkiksi sillä hetkellä vallinnut suoritusjännitys tai väsyneisyys. Testihavainnoista vedettävien johtopäätöstenkin kannalta on tärkeää saada kuvaa arkipäivän toimintakyvystä. Tässä potilaan omaisen tai läheisen on tärkeä tiedonlähde. Omaisen havaintojen organisoimiseksi on selkeästi hyötyä erityisen kyselyn esittämisestä. Omaisets eivät useinkaan ehdi ja osaa spontaanisti tuoda esille tarpeeksi yksityiskohtaista tietoa yleensä kiireisessä lääkärin tutkimustilanteessa, joka keskittyy potilaaseen. Kyselyt jäsentävät omaisen havaintoja ja auttavat niiden ilmaisua.

Yksityiskohtaisella kyselyllä on merkitystä myös läheiselle itselleen siten, että hän havaintojensa jäsentymisen ja ilmaisun ohella saa tilaisuuden kuvata omaa jaksamistaan. Omaiselle on huojentavaa kokea, että hänen havaitsemansa ja usein vaikeiksi kokemansa asiat tulevat jaetuiksi ja otetuiksi todesta. Parhaimmillaan läheinen kokee, että hänen ei enää tarvitse olla yksin vastuussa toimintakyvyltään heikenneen puolisonsa tai vanhempansa tilanteesta.