

Gäller för: Fysioterapi NÄL, Arbetsterapi NÄL, Fysioterapi Uddevalla Sjukhus,
Arbetsterapi Uddevalla Sjukhus, NU-sjukvården
Innehållsansvar: Mimmi Landelius, (mimla4), Fysioterapeut
Godkänd av: Jonas Blank, (jonbl1), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-06-15

Giltig till: 2028-06-15

Kunskapsöversikt TIA/Stroke Arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk/fysioterapeutisk undersökning

Framtaget av

Gunilla Larsson Arbetsterapeut NÄL
Marianne Nordström Arbetsterapeut US
Inger Larsson Sjukgymnast US
Annika Linder Sjukgymnast NÄL

Reviderat:

2012-01-20

2014-01-24

2016-02-08

2018-01-30

2020-01-24

2024-05-31

Jane Garli Fysioterapeut NÄL
Michaela Leinonen Arbetsterapeut NÄL

Gäller för

För arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter som arbetar på strokeenheten, neurologavdelningen samt MAVÅ.

Innehållsförteckning	Sid
Mål för delprocessen	3
Utredning utförd av arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut	3
Motorik	3
Koordination	6
Känsl	8
Balans	9
Förflyttningar	13
Förflyttningshjälpmedel	14
Kognition	14
Aktivitet	17
Referenslitteratur	19

Bilagor:

1. Motor Assesment Scale (MAS)
 2. Svenska modifierade versionen av Elderly Mobility Scale (Swe M-EMS)
 3. Shoulder abduction finger extension test (SAFE)
 4. Ashworthskalan
 5. Bergsbalansskala (BBS)
 6. Timed Up and Go (TUG)
 7. Köksbedömning
-

Beskrivning

Översikten skall säkerställa evidens- och kunskapsbaserad, jämlik och individanpassad bedömning av personer med stroke.

Mål för delprocessen-utredning

Strokebedömning görs i dagsläget av sjukgymnast/fysioterapeut och ska vara påbörjad inom 24 timmar och avslutad inom 48 timmar på vardagar. Arbetsterapeut gör strokebedömning då det är möjligt. Bedömningen anpassas efter svårighetsgraden, lindrig, måttlig eller svår stroke. Vid lindrig görs en fullständig bedömning vid första tillfället vid måttlig och svår stroke anpassas bedömning. Fysioterapeutiskt prioriteras förflyttnings- och fallriskbedömning vid första tillfället. Arbetsterapeut och fysioterapeut gör fördjupade bedömningar efterhand utifrån behov. Målet är att bedöma påverkan på kroppsfunction och vilken påverkan dessa eventuellt har för patientens funktions- och aktivitetsförmåga. Initialt behov av hjälpmedel bedöms. Bedömningen ligger till grund för den arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska/fysioterapeutiska interventionen (1,2).

UTREDNING UTFÖRD AV ARBETSTERAPEUT OCH SJUKGYMNAST/FYSIOTERAPEUT

Arbetsterapeuten och sjukgymnasten/fysioterapeuten påbörjar vanligtvis en första bedömning av nyinkomna patienter inom 24 timmar. Den första bedömningen genomförs gemensamt när det är möjligt och när patienten är i behov av en samlad bedömning. Patienten får, om möjligt, redogöra för sitt insjuknande och sociala förhållanden, inklusive boende och hjälpmedel. Tidigare funktions- och aktivitetsförmåga efterfrågas. Undersökarna får i samband med anamnestagandet även en uppfattning om patientens kognitiva förmåga. Eventuellt neglekt/ouppmärksamhet noteras.

MOTORIK

Patientens funktioner bedöms först genom observation av olika moment/aktiviteter. Förmågan att utföra en rörelse, rörelse kvaliteten, tempot och kraften bedöms.

Risksituation

Risk med utebliven motorisk bedömning är bl. a svårigheter att ge adekvat träning samt svårighet att bedöma hjälpmedelsbehovet. Patienten blir eventuellt inte medveten om sina nedsättningar vilket kan leda till skaderisk.

Aktiv rörelseförmåga övre extremiteten

- Axelflexion
- Hand i nacke - Hand i rygg
- Armbågsflexion - armbågsextension
- Dorsalflexion - palmarflexion
- Fingerflexion - fingerextension

Aktiva rörelser i nedre extremiteten

- Höftflexion - höftextension i ryggliggande
- Rakt benlyft i ryggliggande
- Abduktion och adduktion i höften i ryggliggande
- Plantar- och dorsalflexion i ryggliggande och/eller sittande
- Höftflexion i sittande
- Knäflexion - knäextension i sittande. Om möjligt, testas knästräckningen i 15 sekunder för att se viss uthållighet.

Muskelkraft

- **"Armar-framåt-sträck"**: Vid misstanke om kraftnedsättning i övre extremiteten kan värdering av muskelkraft göras genom att patienten håller upp båda armarna i 90° axelflexion, handflatorna uppåt och blundar. Inom NU-sjukvården har beslutats att testet ska utföras under 10 sekunder. Eventuell sänkningstendens och pronationstendens noteras. Vid sänkings- och pronationstendens bedöms "armar-framåt-sträck" vara positivt (3).
- **Grov kraft**: Test av sidoskillnad vid statiskt muskelarbete. Prövas på aktuella muskelgrupper. I övre extremiteten testas vanligast rörelseriktningarna flexion och extension i axlar och armbågar, handkraften liksom ab- och adduktion i axlar. I nedre extremiteten testas vanligast flexion i höft, ab- och adduktion i höft, flexion och extension i knä- och fotleder. Utförs genom rörelser mot undersökarens motstånd bilateralt vilket ger direkt jämförelse mellan de båda sidorna. Testas både på övre och nedre extremiteten. Noteras om patienten är höger- respektive vänsterhänt. Nedsättning av grov kraft kan ses vid skador i nervsystemet, muskelsjukdomar, smärthämning och bristande samarbete (3).

Tung- och ansiktsmotorik

- Vid tecken på nedsättning ombes patienten att utföra olika grundläggande oralmotoriska övningar. Exempel: Kan patienten le, truta med munnen, blåsa upp kinderna, flytta lyft från kind till kind, föra tungan från mungipa till mungipa och rynka pannan.

Tonus

- Vid tecken på förändrad spänningsgrad i muskulaturen bedöms detta i bål, arm och ben. Muskeltonus undersöks som motståndet mot passiva rörelser då patienten uppmanats att

slappna av (3). Bedöms som ökad, normal, nedsatt eller avsaknad eller poängsättning enligt Ashworthskalan (11).

Ödem

- En visuell bedömning av svullnad i extremiteterna görs. Sidoskillnad och åtgärder noteras.

Sjukgymnastiska/fysioterapeutiska bedömningsinstrument

Exempel på bedömningsinstrument som används: Modifierad Motor Assessment Scale enligt Uppsala Akademiska Sjukhus, M-MAS UAS-99, för en grundlig bedömning av motorisk förmåga. Som grovre screening av motorik och förflyttningsförmåga används även den svenska versionen av Modifierad Elderly Mobility Scale, Swe M-EMS. För screening av muskelfunktion i arm och hand används SAFE, (**S**houlder**A**bduktion**F**inger**E**xtension).

M-MAS UAS-99: Det ursprungliga instrumentet, Motor Assessment Scale, togs fram 1985 av Carr och Shepherd och har under åren modifierats flera gånger. I Sverige används Modifierad Motor Assessment Scale enligt Uppsala Akademiska Sjukhus-99, M-MAS UAS-99. Instrumentets 11 uppgifter mäter förflyttnings- och gångförmåga, balans i sittande och motorisk funktion i arm/hand på höger och vänster sida. Varje delmoment bedöms i skala 0-5 där 0 står för oförmåga att utföra uppgiften och 5 för den högsta motoriska funktionen (bilaga 1). Instrumentet är testat och har uppvisat god validitet och reliabilitet (4,5).

Swe M-EMS: Bedömningsinstrumentet utarbetades på 1990-talet i England för att bedöma en äldre patients förflyttningsförmåga. Det översattes och modifierades till svenska förhållanden år 2002. Bedömningsinstrumentet består av 7 uppgifter med en total poängsumma på 20. Det bedömer förflyttning i/ur säng, upp till stående, stående balans, gång, gång 6 meter på tid samt Functional reach (bilaga 2).

Bedömningsinstrumentet har hög validitet och inter-bedömarreliabilitet för äldre patienter, och för patienter med stroke (6,7).

SAFE: SAFE är ett kort screeningsinstrument som kan användas i tidigt skede efter stroke då patienten fått en nytillkommen påverkan på arm/hand. Det är ett manuellt test av muskelstyrka i skulderabduktion och fingerextension, och bedöms enligt 0-5 skalan där 0 står för ingen viljemässig kontraktion och 5 står för normal muskelstyrka (bilaga 3).

SAFE kan predicera återhämningsgrad i arm och hand enligt framtagna algoritmer (PREP – Predicted Potential Of Recovery) av Stinear et al (8). Algoritmerna gäller för bedömning gjord 3 dagar efter

insjuknandet. Har testet gjorts tidigare än så, bör det göras om dag 3 för optimal prediktion. SAFE kan användas som stöd i val av ytterligare bedömning och i val om behandlingsintervention.

Vid studier gjorda på algoritmerna (PREP och PREP 2) såg man en möjlighet att predicera funktionell funktion inom några dagar efter stroke, och att dessa prediktioner var korrekta för de flesta personer både efter 3 månader och efter 2 år (9,10).

Ashworthskalan: Ett kliniskt instrument för att bedöma ökad spänningsgrad i muskulaturen. Skalan utarbetades ursprungligen för att testa effekten av spasticitetsdämpande medicin för patienter med Multipel Skleros på 1960-talet. Skalan modifierades under 1980-talet av Bohannon och Smith för att förbättra testets känslighet för förändringar (11). Tidigare erfarenhet hade visat att den nedre delen av skalan inte var tillräcklig känslig för patienter med stroke. Testningen utförs genom passiva rörelser i muskelns hela rörelseomfång och graden av spänning bedöms. Skalan har 6 steg (0, 1, 1+, 2, 3 och 4) där 0 står för normal spänningsgrad och 4 för att extremiteten är låst i en position på grund av alltför hög spänningsgrad (bilaga 4). Den modifierade skalan är testad och har god interbedömarreliabilitet för övre extremiteten och även god validitet (11,12).

KOORDINATION

Koordination definieras som förmågan att utföra en rörelse med "noggrannhet och hastighet" (13). Rörelsekvaliteten och patientens förmåga till samordning/styrning mellan olika muskelgrupper bedöms.

Risksituation

Nedsatt koordination i övre extremiteterna kan leda till svårigheter att utföra finmotoriska aktiviteter som t.ex att skriva eller äta. Nedsatt koordination i nedre extremiteterna kan medföra fallrisk. Utebliven bedömning kan medföra att patienten inte erhåller relevant träning.

Finger-näs: Patienten sitter med slutna ögon, har sitt ena pekfinger på knäleden och ska sedan föra upp fingret mot nästippen och tillbaka till knäleden igen. Dysmetri, dyssynergi samt intentionstremor bedöms (3).

Testet kan utföras på två sätt:

- Patienten gör rörelsen 5 gånger så fort det går och undersökaren tar tid. Därefter utförs rörelsen på samma sätt på andra sidan. Förändring är då lätt att kunna bedöma objektivt.
- Patienten utför rörelsen växelvis mellan höger och vänster sida. Patientens förmåga att kunna alternera rörelser bedöms.

Det finns inget klart standardiserat sätt att utföra testet men flera studier beskriver liknande sätt som ovan (13,14,15). Testet har visat hög inter- och intrabedömarreliabilitet vad gäller tidsaspekten, men lägre för intentionstremor och dysmetri. Testet visar även på moderat

till hög begrepps- och samtidig validitet (13).

Häl-knä: Patienten ligger på rygg med slutna ögon. Patienten placerar ena hälen på motsatt sidas knä och för tillbaka till utgångsläget.

- Rörelsen kan förstärkas genom att patienten för ner hälen längs underbenskanten. Dysmetri, dyssynergi samt intentionstremor bedöms (3). Vilket sätt som använts noteras i journalen.
- Patienten gör rörelsen 5 gånger så fort det går och undersökaren tar tid. Därefter utförs rörelsen på samma sätt på andra sidan. Förändring är då lätt att kunna bedöma objektivt.

Förklaring av bedömningsbegrepp:

- **Dysmetri:** felpekning
- **Dyssynergi:** ojämn rörelsebana till slutmålet
- **Intentionstremor:** skakning nära slutmålet

Diadokokinesi (DDK): DDK innebär förmågan att snabbt växla mellan rörelser med motsatt riktning och eventuell sidoskillnad bedöms. Be patienten att så snabbt som möjligt utföra supination-pronationsrörelser med underarmarna. Ett annat sätt är att låta patienten sitta med händerna på sina knän och vända handflatorna uppåt-nedåt i snabbast möjliga takt (3).

Fingeropposition/finmotorik: Fingeropposition innebär att patienten ska sätta varje finger, ett och ett, mot tummen. Rörelsen bedöms både beträffande flyt och precision. Vid utökad bedömning testas rörelsen även med slutna ögon. Finmotorik kan med fördel bedömas med hjälp av praktiska övningar som t ex att knäppa knapparna och att kunna manipulera föremål i handen (3).

Arbetsterapeutiska bedömningsinstrument

Nedanstående tester bedömer finmotorik och koordination. Vid bedömning av strokepatienter jämförs den afficerade handen med den icke-afficerade.

Nine hole pegtest: Instrument för bedömning av finmotorik och öga-handkoordination. Det ger även en uppfattning om patientens förmåga att följa enkla instruktioner. Testet består av en platta med nio hål samt ett fack för pinnar (0,5 x 4cm). Patienten ombeds att ta en pinne i taget och sätta pinnarna i hålen tills alla hålen är fyllda och därefter lägga tillbaka dem. Detta görs först med den dominant hand och

därefter med den andra handen. Tiden för detta mäts med tidtagarur. Normalvärden finns i tabellform. Testet tar cirka 10 minuter att genomföra. Testet är valitt och har hög reliabilitet (16,17).

Grooved pegboard: Instrument för bedömning av finmotorik, öga-handkoordination samt förmåga att följa enkla instruktioner. Detta test har en större svårighetsgrad än Nine hole pegtest. Instrumentet består av en metallplatta med 25 (5 x 5) nyckelhål samt små

metalltappar att placera i hålen. Nyckelhålen är placerade åt olika håll vilket medför att tapparna måste vridas för att passa i hålen. Patienten ombeds att ta en tapp i taget och placera i hålen tills alla hålen är fyllda. Detta görs först med den icke-afficierade handen och därefter med den afficierade. Tiden för detta mäts med tidtagarur och antalet gånger patienten tappar någon tapp noteras. Normalvärden finns i tabellform.

Testet tar cirka 15 minuter att genomföra. Testet är validerat och har hög reliabilitet (18).

KÄNSEL

Känslen är ett skydd för att undvika skador på kroppen. Den är även viktig för att kunna utföra rörelser på ett adekvat och ändamålsenligt sätt.

Risksituation

Risken med att inte undersöka känslen kan vara att patienten i onödan utsätts för till exempel värmeskador, klämskador, felställning i leder eller fall.

I journalen dokumenteras känslen som normal, nedsatt, avsaknad eller ökad. Båda sidor testas alltid liksom övre och nedre extremiteten. Vid behov undersöks även ansikte/bål. Patienten ombeds blunda vid alla nedanstående tester.

Ytlig beröring: undersöks genom att mycket lätt dutta/beröra med undersökarens fingertopp eller med bomullstuss på enskilda delar av kroppen. Patientens beskriver var beröringen känns med ord eller med pekning (3). Undersökaren testar beröringen genom att dutta på höger, vänster eller båda sidor samtidigt flertalet gånger. Det är viktigt att ta reda på om beröringen känns lika på respektive sida. Vid misstanke om sidoskillnad kan även strykningar på större hudyta utföras uni- och bilateralt, och ska då noteras i journalen.

Utsläckning: som ovanstående fast båda sidor testas samtidigt. Om patienten upplever beröringen som ensidig trots bilaterala stimuli föreligger utsläckning. Detta förutsätter att patienten kan uppfatta beröring på båda sidor.

Temperatur: testas genom att två plastmuggar alternativt handskar innehållande varmt respektive kallt vatten sätts mot patientens hud. Patienten anger om stimulit känns varmt eller kallt.

Identifiering av form, föremål och material: Patienten får känna på varierande vardagliga objekt och identifiera dem samt beskriva form och material. Detta görs först med den afficierade handen. Föremålet läggs sedan i den andra handen för att se eventuell kvalitetsskillnad mellan sidorna. Olika föremål kan därefter läggas i icke-afficierad respektive afficierad hand, dock inte samtidigt, för att

bedöma förmågan till identifiering/växling av föremål.

Proprioception:

- **Djup ledkänsl:** Patientens förmåga att känna rörelseriktning utan synens hjälp testas. Denna typ av känsl är svårundersökt då patienten kraftigt kan få hjälp av sin hudsensibilitet (3). Därför är det viktigt att undersökaren fixerar proximalt om den led som ska testas och håller på sidorna om den kroppsdel som ska röras. Små rörelser utförs och patienten ombeds benämna rörelseriktningen. Testningen påbörjas distalt på fingrar respektive tår och vid nedsättning fortsätter testningen proximalt. Är känslan intakt distalt är den oftast intakt även proximalt (19). Då patienten inte känner liten rörelse i fingrar resp. tår, görs först större rörelser i samma led, därefter nästkommande led proximalt och resultatet anges sedan i journalen.
- **Positionering:** Testar förmågan att känna ledens position i den afficerade sidan. En led sätts i en viss position och patienten ombeds att beskriva ledens läge. Patienten kan också instrueras att inta samma ställning med andra sidans arm eller ben, så kallad spegling.

Smärta:

- Beskriv typ av smärta, frekvens och duration samt dess lokalisation.

BALANS

Balans definieras som förmågan att kunna bibehålla en kroppsposition över understödsytan, både i stillhet och vid rörelse (20).

Risksituation

Risk med utebliven balansbedömning är bl. a svårighet att ge adekvat träning, att bedöma patientens behov av personlig assistans vid förflyttningar och ADL (Aktiviteter i det Dagliga Livet), ökad risk för fall samt svårighet att bedöma hjälpmedelsbehovet.

Sjukgymnastisk/fysioterapeutisk bedömning

Balansen testas i sittande, stående och gående.

Både den posturala stabiliteten ("statisk" balans) såväl som den posturala orienteringen ("dynamisk" balans) bedöms.

- Postural stabilitet innebär förmågan att bibehålla en kroppsställning utan yttre påverkan.
- Postural orientering bedöms på två sätt
 - **Anticipatorisk postural kontroll:** Förmågan att bibehålla

balansen då patienten själv förskjuter kroppens tyngdpunkt, exempelvis genom att sträcka sig efter något.

– **Reaktiv postural kontroll:** Förmågan att bibehålla balansen vid yttre påverkan som till exempel vid knuffar och rörligt underlag. Vilken strategi (ankel-, höft- eller utfallsstrategi) patienten använder bedöms (20).

Sittande: Observation om patienten kan sitta utan stöd och hur patienten sitter utförs. Patientens kroppshållning registreras liksom ev. falltendens. Patientens ombeds att sträcka sig åt olika håll och upprättningsreflex, jämvikts- och skyddsreaktioner bedöms.

Stående: Observation om patienten kan stå utan stöd och hur patienten står utförs. Patientens kroppshållning och belastning på benen registreras liksom ev. falltendens. Patientens ombeds att sträcka sig åt olika håll och upprättningsreflex, jämvikts- och skyddsreaktioner bedöms.

Test av stående med liten eller normal understödsyta, både seendes och blundandes, utförs. Om möjligt testas även enbensstående och tandemstående. Dessa test utförs främst seendes, men om de inte är utslagsgivande utförs de även blundandes.

Om patienten får hjälp att inta positionen men ändå kan utföra testet noteras detta i journalen.

- **Enbensstående:** Patienten uppmanas att stå på ett ben i 10 sekunder. Både höger och vänster ben testas. Testet utförs seendes. Enbensstående kan predicera nedsatt balansförmåga och fallrisk.
- **Tandemstående:** Patienten uppmanas att stå med en fot framför den andra och hålla den positionen i 30 sekunder. Patienten väljer fritt vilket ben som är främst. Testet utförs seendes.

- **Rombergs Test:** Ett test som mäter stående balans. Patienten har först öppna ögon, sätter fötterna tätt ihop, lägger sina armar i kors över bröstet och sluter sedan ögonen. Patienten uppmanas att stå i samma position i 30 sekunder och eventuellt posturalt svaj noteras. Helst bör patienten ha stabila skor. Rombergs tecken finns då patienten klarar att stå med fötterna ihop och med öppna ögon, men svajar eller faller då han blundar (21).
Skärpt Romberg: som ovanstående fast med fötterna i tandemstående och patienten blundar.

Gående: En observation görs om patienten går med eller utan hjälpmedel/stöd av annan person. Balansen testas vid gång på olika underlag och i olika miljöer samt hur patienten klarar att stanna-starta-vända.

Sjukgymnastiska/fysioterapeutiska bedömningsinstrument

Bergs balansskala (BBS): Ett standardiserat funktionstest utarbetat 1989 och som mäter balans i sittande och stående för äldre personer (22,23). Instrumentet består av 14 uppgifter vilka bedömer patientens förmåga att inta och bibehålla olika positioner, förmågan att bibehålla en position och samtidigt utföra en viljemässig rörelse, samt förmåga att växla mellan olika positioner (bilaga 5). Den totala poängsumman är 56 och en brytpunkt vid 45 har ibland föreslagits för att särskilja de som är oberoende i förflyttningar med dem som behöver hjälpmedel eller tillsyn (24, 25). Ursprungsförfattaren Katherine Berg menar dock att gränsen på 45 inte helt kan predicera vilka personers om eventuellt kommer att falla (26). Instrumentet är testat både för inter- och intrabedömarreliabilitet för patienter med akut stroke och visat på hög reliabilitet (23). Det är även testat vad gäller innehålls-, begrepps- samtidig- och prognostisk validitet med gott resultat, dock har viss tak- och golfeffekt kunnat påvisas (24,27).

Timed Up-and-Go (TUG): Ett test som bedömer gående balans. Testet utförs med patienten sittandes på en stol med ryggstöd. Patienten reser sig upp, går 3 meter framåt, vänder om och går tillbaka till stolen och sätter sig igen. Tid tas från det att patientens rygg lämnar ryggstödet till dess att han sitter ner igen. Patienten får använda sitt eventuella gånghjälpmedel (28) (bilaga 6). Testet utarbetades i mitten av 1980-talet; först som ett kliniskt instrument för att testa balansen hos äldre och kvaliteten på gången bedömdes, inte tidsaspekten. Sedan modifierades instrumentet några år senare av Podsiadlo och Richardson som införde tidsaspekten. Testet har god inter- och intrabedömarreliabilitet och har kunnat utesluta hög fallrisk (29). Gränsen för att utesluta hög fallrisk är föreslagen till 15 sekunder eller mindre (30). Personer som utför testet på 30 sekunder eller mer är oftast beroende i Aktiviteter i det Dagliga Livet och i förflyttningar (20).

Stops walking when talking (SWWT): Ett test där patientens förmåga att gå och prata samtidigt bedöms. Om patienten stannar för att kunna prata anses patienten ha ökad fallrisk. Testet utarbetades i Sverige i slutet av 1990-talet för att predicera fall (31). SWWT i kombination med BBS har visats ge bra information om de patienter som *inte* kommer att falla i framtiden men inte tillräckligt som enskilt instrument för att predicera fall (32).

Yrsel: Eventuell yrsel, dess duration och karaktär, ev. provocerande faktorer noteras.

Fallriskbedömning: Görs på basen av den motoriska, kognitiva, sensoriska undersökningen samt förflyttning- och balansbedömningen. Andra aspekter som påverkar fallrisken är nedsatt syn och hörsel, medicinering samt tidigare fallhändelser.

Bedömning av balans görs även av arbetsterapeuter. Främst genom observation i aktivitet. Nedsatt balans har ofta stor betydelse för patientens ADL-förmåga samt för ställningstagande till behov och förskrivning av rullstol.

FÖRFLYTTNINGAR

Patientens förmåga att förflytta sig bedöms i liggande, från liggande till sittande och tillbaka, uppresning till stående och till sittande igen samt från säng till stol och tillbaka. Gång både på planmark och i trappa bedöms.

Risksituation

Risken med utebliven bedömning av förflyttningar kan vara att ett felaktigt förflyttningssätt utförs. Detta kan innebära antingen att patienten får onödigt mycket hjälp eller skaderisk för både patient och personal om en för svår förflyttning används.

I journalen dokumenteras om patienten klarar förflyttningarna självständigt, med hjälp eller inte klarar alls, samt hur patienten utför förflyttningarna.

Sjukgymnastiska / fysioterapeutiska bedömningsinstrument

Flera av ovan beskrivna funktioner finns med i bedömningsinstrumenten M-MAS UAS-99 och Swe M-EMS.

En utförligare **gånganalys** utförs och om patienten kan gå med eller utan stöd noteras. Steglängd, stegbredd, stegrytm, armpendling, hållning, eventuell ataxi, höft- och knäkontroll samt fotavveckling-hälisättning noteras vid avvikelser från det normala. Även gångsträcka, hastighet och uthållighet dokumenteras i journalen (20). Även tå- och hälgång kan noteras.

En bedömning av **trappgång** utförs. Om patienten kan gå, självständigt eller inte och med eller utan stöd av räcke eller hjälpmedel noteras. Beskrivning av fötternas placering på trappsteget, normal gång (fot förbi fot/reciprok gång) eller med båda fötterna till samma trappsteg (fot till fot), höft- och knäkontroll och ansträngningsgraden utförs också (20).

FÖRFLYTTNINGSHJÄLPMEDEL

Sjukvårdshuvudmannen, region och kommunen har skyldighet att tillhandahålla hjälpmedel för att täcka behovet för den dagliga livsföringen samt vård och behandling (33). En bedömning görs utifrån den enskilda patientens behov av förflyttningshjälpmedel initialt. Ett hjälpmedel kan vara en förutsättning för tidig mobilisering samt för att undvika sekundärkomplikationer.

Om rullstol eller gånghjälpmedel är att föredra beslutas genom diskussion mellan arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Förskrivning av hjälpmedel ingår som en del i rehabiliterings- och vårdinsatserna. Gånghjälpmedel förskrivs av sjukgymnast/fysioterapeut och rullstol förskrivs av arbetsterapeut.

Risksituation

Utebliven bedömning av hjälpmedelsbehovet kan t. ex. leda till försenad mobilisering, fallrisk, trycksår och lungkomplikationer.

KOGNITION

Nedsatt kognitiv förmåga tillhör de dolda handikappen. Dessa är oerhört viktiga att upptäcka då de på ett negativt sätt kan påverka patientens aktivitetsförmåga samt försvåra patientens och hans närståendes vardag.

Risksituation

Utebliven bedömning kan medföra att patienten inte erhåller behandling eller att adekvat hjälp inte sätts in.

Kognitiv observation: Övergripande iakttagelser av patientens kognitiva förmåga observeras av både arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter i samband med anamnestagandet. Exempel på detta kan vara vakenhet, apraxi, minnesfunktion, förmåga till orientering, sjukdomsinsikt samt förmåga att förstå instruktioner.

Uppmärksamhet: Uppmärksamhetsproblem är vanligt förekommande även i samband med lindrig stroke (2). Med nedsatt uppmärksamhet menas här svårigheter att varsebli den egna kroppen, föremål, händelser etc. på höger eller vänster sida. I samband med anamnestagandet observeras om patienten spontant vrider över huvudet åt båda håll, eller sitter med huvudet/blicken riktad åt icke-afficerat håll och inte kan komma över medellinjen. Notera om patienten spontant använder befintlig motorik i svag sida.

Kommunikation: Eventuell nedsättning av syn och hörsel noteras liksom patientens förmåga att kommunicera verbalt (afasi, dysfasi, dysartri noteras).

Arbetsterapeutisk bedömning

Arbetsterapeuter bedömer patientens kognitiva förmåga både vid genomförandet av aktivitet och med kognitiva screeningsinstrument.

Exempel på kognitiva screeningsinstrument är MoCA och Mini-Cog. För att testa neglekt används Star Cancellation Test, Linjebisektion Test eller The Baking Tray Task. För bedömning av idiomotorisk apraxi används "serial arm-movement copying test" eller "Pantomim".

Arbetsterapeutiska bedömningsinstrument

Montreal Cognitive Assessment (MoCA): MoCA är ett kognitivt screeningsinstrument utformat för att upptäcka kognitiva nedsättningar. Testet är mer känsligt än exempelvis MMSE-SR och upptäcker i större grad prevalensen av mild kognitiv svikt (34). Testet bedömer domäner av visuospatial och exekutiv förmåga, språklig funktion, verbalt minne, uppmärksamhet, abstraktion samt allmän orienteringsförmåga. Testet har god validitet och reliabilitet för användning på olika patientgrupper såsom parkinsons sjukdom (35), stroke (36) och tidig alzheimers (34). MoCA test rekommenderas inom NU-sjukvården i första hand som verktyg för testning av patienter i arbetsför ålder vid misstänkt stroke. För manual och pappersversion så nås dessa via mocas hemsida (mocasognition.com).

Mini-Cog: Mini-cog är en mindre kognitiv screening som ofta kan utföras under mer avslappnade omständigheter. Testet tar ca fem minuter och omfattar klocktest och återkallning av tre ord. Man kan utifrån poängen upptäcka kognitiv svikt hos en åldrande befolkning (37).

Testet finns inte på svenska i nuläget men svenska instruktioner för klocktest finns tillgängligt samt orden från MMSE-SR kan användas för högsta validitet (då detta test också använder tre svenska ord). Mini-Cog är ett tidseffektivt alternativ och används främst för äldre personer (>65 år). Test och manual går att ladda ner via hemsidan (mini-cog.com).

Test av uppmärksamhet/arbetsminne: Ett enklare test av patientens kognitiva nivå är att stava ordet "KONST" baklänges. Detta är hämtat ur MMT (38) och ger utredaren en översiktlig bild av patientens uppmärksamhet i mötet. Testet är en del av en enklare screening och ger kvalitativ data till utredaren och används inte som led i något standardiserat test.

Klocktest: Testet bedömer patientens minne, visuospatiala färdigheter, abstrakt tänkande och förmåga att ta initiativ till att planera och organisera (39). Patienten blir verbalt instruerad att rita en klocka. Patienten skall rita en urtavla och därefter placera ut

siffrorna korrekt samt rita visarna på ett givet klockslag. Testet tar cirka 5 minuter att genomföra (39,40). Klocktestet är mycket känsligt för kognitiva förändringar. Testet är valitt och har hög reliabilitet (39,41).

Star Cancellation Test: Star Cancellation Test är ett enkelt test av visuell neglekt. Patienten får i uppgift att söka av ett papper efter små stjärnor bland andra, distraherande stimuli. Testet är känsligt för att upptäcka neglekt på nära håll hos strokepatienter i akut skede (42).

The Balloons Test: Är designat för att upptäcka visuell ouppmärksamhet efter hjärnskada. Testet innefattar två deltest på vardera ett A3 ark. På deltest A finns 20 ballonger (cirklar med vidhängande streck = snören) gömda bland 202 cirklar. Patienten skall dra ett streck över ballongerna inom en tidsgräns på 3 minuter. På deltest B finns 20 cirklar bland 202 ballonger och patienten skall här istället dra ett streck över cirklarna inom samma tidsram. Manual finns för poängbedömning och tolkning. Testet är valitt och reliabelt (18,42).

The Baking Tray Task: Är ett aktivitetsbaserat test för att uppmärksamma förekomsten av unilateral neglekt (41). Patienten får i uppgift att placera ut 16 kuber (bullar) jämnt på en bricka (plåt). Testledaren noterar ev förskjutning av kuberna i någon riktning vilket kan tala för neglekt av motsatt sida.

Linjebisektionstest: Är ett test för intra-personlig neglekt. Testet omfattar en rak linje, varav patienten får i uppgift att markera mitten av denna med ett kryss. Testet går snabbt att utföra och kan i vissa fall hjälpa utredaren att skilja på synfältsbortfall och neglekt (43).

En annan uppgift som enkelt kan utföras vid misstänkt extrapersonlig neglekt (neglekt på håll) är en benämningssuppgift, som kan göras i exempelvis korridoren eller i patientens rum. Patienten får i uppgift att namnge tio föremål, varav utredaren noterar placering på dessa föremål i syfte att utreda avsökningsmönster (43).

En kombination av flera tester är rekommenderat vid misstänkt neglekt, varav inget test ensamt kan upptäcka alla typer hemispatial neglekt. (41,43)

Serial Arm Movement Copying Test: Detta test mäter patientens förmåga att kopiera och sätta ihop komplexa rörelser. Testet är känsligt för ideopatisk dyspraxi och kan indikera störningar i rörelsesystemet (44). Patienten demonstreras en rörelse i tre steg och får sedan försöka kopiera denna. Om utredaren visar rörelsen med sin högra arm, utför testpersonen rörelsen med vänster arm (som en "spegelbild"). Utredaren noterar sedan svårigheter i sekvens, utseende och tempo. Man kan sedan förenkla uppgiften om patienten inte klarar rörelsen genom att gå igenom rörelsen tillsammans för att se graden av svårighet.

Pantomim av rörelser: Patienten får demonstrera sekvenser av olika aktiviteter med gester, som exempelvis låsa upp dörr med nyckel, använda hammare, kalla till sig person mm. Testet mäter patientens förmåga att frammana rörelser "ur tanken" och kan mäta tendens till apraxi. Utredaren noterar felaktiga rörelser, preserving mellan olika moment, utelämnande av "verktyg" etc. Testet är hämtat ur (45).

Bedömning av kognition görs även av sjukgymnaster/fysioterapeuter i samband med den aktuella bedömnings- och träningsituationen då nedsättning kan ha stor betydelse för patientens rörelse- och förflyttningsförmåga.

AKTIVITET

Arbetsterapeuten gör bedömning av patientens förmåga att utföra Aktiviteter i det Dagliga Livet (ADL) genom intervju och/eller observation. ADL uppdelas i förmåga att utföra personlig vård (P-ADL) samt hemliv (I-ADL). Vid dessa bedömningar observeras/bedöms om patienten har kognitiva och/eller motoriska nedsättningar som påverkar patientens förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet.

Resultatet av dessa bedömningar ligger till grund för arbetsterapeutisk intervention samt för bedömning av patientens förmåga att återgå till sitt tidigare boende. Vid misstanke om kognitiv nedsättning görs mer specifika bedömningar för att verifiera detta. I svårbedömda fall skrivs remiss till neuropsykolog.

Risksituation

Om patientens förmåga att utföra personlig vård inte bedöms kan det medföra inaktivitet och/eller oförmåga att genomföra aktiviteten på ett adekvat sätt med nedsatt hygien och bristfällig klädsel som följd.

Utebliven bedömning i köksaktivitet kan medföra att oförmåga att utföra en sådan aktivitet på ett säkert och adekvat sätt pga. nedsatt motorik och/eller kognition inte upptäcks. Detta kan i sin tur leda till att patienter skrivs ut med nedsatt förmåga att t ex hantera spisen (bränn-/brandskaderisk) utan att patienten själv eller anhöriga har informerats om detta. Det kan även medföra att lämpligt bistånd inte sätts in.

ADL-taxonomin: används vid bedömning av personlig vård/P-ADL. Det är ett yrkesspecifikt instrument som är valitt och reliabelt.

Instrumentet består av tolv basaktiviteter och vid bedömning av personlig vård används helt eller delvis de fem aktiviteterna personlig hygien, kroppsvård, toalettbesök, på- och avklädning och äta/dricka. I personlig hygien ingår tvätt av kroppen samt att torka sig. I övrig kroppsvård ingår att kamma sig, borsta tänderna samt att raka sig. Toalettbesök definieras som att ta sig till och från toaletten, i tid, samt utföra nödvändiga toalettbestyr. Momentet på- och avklädning innefattar att ta av och på kläder samt skor. Äta/dricka innebär att kunna föra maten till munnen och äta samt dricka (46,47,48).

Patientens utförande av de olika delmomenten beskrivs med kan, kan inte samt ev. med fritext i journalen.

Hemliv/I-ADL: innefattar bl.a. matlagning, inköp av dagligvaror, städning, tvätt och resor. På strokeavdelningen görs främst bedömning i en köksaktivitet som är känd för patienten.

Bedömningen visar om patientens strokesymtom påverkar förmågan att utföra aktiviteten.

Vid sökning i kända databaser har det inte gått att finna något instrument för bedömning av hushållsgöromål som är reliabelt och med god validitet, förutom Assessment of Motor and Process och Skills (AMPS) som kräver särskild utbildning vilket de flesta arbetsterapeuter inte har. Arbetsterapeuterna inom NU-sjukvården har därför gemensamt utarbetat en manual för enkel köksbedömning (bilaga 7).

Referenslitteratur

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2020 – stöd för styrning och ledning. ISBN 978-91-7555-509-6
www.socialstyrelsen.se, januari 2020
2. Gottsäter A, Lindgren A, Wester P. Stroke och cerebrovaskulär sjukdom. Lund: Studentlitteratur; 2018.
3. Fagius J, Nyholm D. Neurologi. Kap 2: Den neurologiska undersökningen. Femte upplagan. Stockholm: Liber AB; 2012.
4. Barkelius K, Johansson A, Keoken K, Lindmark B. Reliabilitets- och validitetsprövning av Motor Assessment Scale enligt Uppsala Akademiska Sjukhus –95. Nordisk Fysioterapi 1997;1:121-126.
5. Andersson C, Clevnert M. Reliabilitetsprövning av Modifierad Motor Assessment Scale enligt Uppsala Akademiska Sjukhus – 99. Uppsala universitet. HK-97. (Examensarbetet 10p, C- nivå)
6. Asplin G. Interrater reliability of the Swedish version of the Modified Elderly Mobility Scale (Swe M-EMS). Research thesis in physiotherapy, advanced level 1 (C), 10 poäng. Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet, höst 2002;1-23.
7. Linder A, Winkvist L, Nilsson L, Sernert N. Evaluation of the Swedish version of the Modified Elderly Scale (Swe M-EMS) in patients with acute stroke. Clin Rehabil 2006;20:584-597.
8. Stinear CM, Barber A, Petoe M, Anwar S, Byblow WD. The PREP algorithm predicts potential for upper limb recovery after stroke. Brain 2012; 135:2527-2535.
9. Stinear CM, Smith M-C, Byblow WD. Prediction tools for stroke rehabilitation. Stroke 2019; 50:3314-3322.
10. Smith M-C, Ackerley SJ, Barber A, Byblow WD, Stinear CM. PREP2 algorithm predictions are correct at 2 years poststroke for most patients. Neurorehabilitation and neural repair 2019; 33(8):635-642.
11. Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther 1987;67:206-207.

12. Pandyan AD, Johnson GR, Price CIM, Curless RH, Barnes MP, Rodgers H. A review of the properties and limitations of the Ashworth and modified Ashworth scales as measures of spasticity. *Clin Rehabil* 1999;13:373-383.
13. Gagnon C, Mathieu J, Desrosiers J. Standardized finger-nose test validity for coordination assessment in an ataxic disorder. *Can J Neurol Sci* 2004;31:484-489.
14. Swaine BR, Sullivan SJ. Reliability of the scores for the finger-to nose test in adults with traumatic brain injury. *Phys Ther* 1993;73(2):71-78.
15. Feys PG, Davies- Smith A, Jones R, Romberg A, Ruutiainen J, Helsen W, Ketelaer P. Intention tremor rated according to different finger-to-nose test protocols: A survey. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:79-82.
16. Mathiowetz V, Weber K, Kashman N, Volland G. Adult norms for the Nine Hole Peg Test of finger dexterity. *Occup Ther J Research* 1985;5:24-38.
17. Grice KO, Vogel KA, Le V, Mitchell A, Muniz S, Vollmer MA. Adult norms for a commercially available Nine Hole Peg Test for finger dexterity. *Am J Occup Ther* 2003;57(5):570-573.
18. Strauss E, Sherman EM, Spreen O. A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary. 3rd ed. New York:Oxford University Press: 2006.
19. Busse M, Tyson S. How many body locations need to be tested when assessing sensation after stroke? An investigation of redundancy in the Rivermead Assessment of Somatosensory Performance. *Clin Rehabil* 2009;23:91-95.
20. Shumway-Cook A, Woollacott MH. Motor Control translating research into clinical practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2007.
21. Lanska DJ, Goetz CG. Romberg's sign. Development, adoption and adaptation in the 19th century. *Neurology* 2000;55:1201-1206.
22. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JL, Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiother Can* 1989;41:304-311.

23. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI. The balance scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. *Scand J Rehabil Med* 1995;27:27-36.
24. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992;83(suppl(2)):S7-11.
25. Bogle Thorbahn LD, Newton RA. Use of the Bergs Balance Test to predict falls in elderly persons. *Phys Ther* 1996;76(6):576-585.
26. Muir SW, Berg K, Chesworth B, Speechley M. Use of the Bergs Balance Scale for predicting multiple falls in community-dwelling elderly people: a prospective study. *Phys Ther* 2008;88(4):449-459.
27. Blum L, Korner-Bitensky N. Usefulness of the Berg Balance Scale in Stroke Rehabilitation: A systematic review. *Phys Ther* 2008;88(5):559-566.
28. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39 (2):142-148.
29. Steffen TM, Hacker TA, Mollinger A. Age- and Gender-Related Test Performance in Community-Dwelling Elderly People: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed up & Go Test, and Gait Speeds. *Phys Ther* 2002;82(2):128-137.
30. Nordin E, Lindelöf N, Rosendahl E, Jensen J, Lundin-Olsson L. Prognostic validity of the Timed Up-and-Go test, a modified Get-Up-and-Go test, staff's global judgement and fall history in evaluating fall risk in residential care facilities. *Age and ageing* 2008;37:442-448.
31. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. "Stops walking when talking". *The Lancet* 1997;349:617.
32. Andersson ÅG, Kamwendo K, Seiger Å, Appelros P. How to identify potential fallers in a stroke unit: validity indexes of four test methods. *J Rehabil Med* 2006;38:186-191.
33. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
34. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:695-99. Hoops S et al. Validity of the MoCA and MMSE in the

- detection of MCI and dementia in Parkinson disease. *Neurology*. 2009 Nov 24;73(21):1738–174
35. Koski L. Validity and Applications of the Montreal Cognitive Assessment for the Assessment of Vascular Cognitive Impairment. *Cerebrovasc Dis* 2013;36:6–18.
 36. Shulman KI. Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *Intern J Geriatr Psychiatry* 2000;15:548-61.
 37. Borson S, Scanlan JM, Watanabe J et al. Improving identification of cognitive impairment in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21: 349–55.
 38. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975;12(3):189–98.
 39. Adunsky A, Fleissig Y, Levenkrohn S, Arad M, Noy S. Clock drawing task, mini-mental state examination and cognitive- functional independence measure: relation to functional outcome of stroke patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2002;35:153-60.
 40. Yoo DH, Hong DG, Lee JS. The standardization of the Clock Drawing Test (CDT) for people with stroke using Rasch analysis. *J Phys Ther Sci* 2013;25:1587-1590.
 41. Appelros P, Karlsson GM, Thorwalls A, Tham K, Nydevik I. Unilateral neglect: further validation of the Baking Tray Test. *J Rehabil Med* 2004;36:258-61.
 42. Menon A, Korner-Bitensky N. Evaluating Unilateral Spatial Neglect Post Stroke: Working Your Way Through the Maze of Assessment Choices. *Topics in stroke rehabilitation*. 2004;11(3):41–66.
 43. A Parton, P Malhotra, M Husain. Hemispatial neglect. *J Neurol Neurosurg. Psychiatry* 2004;75:13–21.
 44. Kolb B, Whishaw IQ. *Fundamentals Of Human Neuropsychology*. Eighth edition. 2021.
 45. Bickerton WL, Riddoch MJ, Samson D, Balani AB, Mistry B, Humphreys GW. Systematic assessment of apraxia and functional predictions from the Birmingham Cognitive Screen. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*. 2012;83(5):513–21.
 46. Sonn U, Törnquist K, Svensson E. *The ADL Taxonomy*

– from individual categorical data to ordinal categorical data. Scand J Occup Ther 1999;6:11-20.

47. Törnquist K, Sonn U. Towards an ADL Taxonomy for Occupational Therapists. Scand J Occup Ther 1994;1:69-76.
48. Törnquist K, Sonn U. ADL-Taxomoni: En bedömning av aktivitetsförmåga. Nacka: FSA: 2001.

MANUAL TILL MODIFIERAD MOTOR ASSESSMENT SCALE ENLIGT UPPSALA AKADEMISKA SJUKHUS 1999

M-MAS 1999

0 poäng anger oförmåga att utföra steg 1

A. Ryggliggande till sidliggande

1. Ryggliggande. Gör en ansats till att vända sig till sidliggande, men behöver mycket hjälp av en person för att vända sig åt båda håll.
2. Ryggliggande. Vänder sig åt ena sidan med lätt hjälp av en person. Vänder sig åt andra sidan med mycket hjälp (verbal eller fysisk).
3. Vänder sig med lätt hjälp av en person åt båda håll.
4. Klarar att vända sig själv åt ett håll och med lätt hjälp (verbal eller fysisk) åt andra hållet.
5. Vänder över själv på sidan. Klarar detta åt båda håll.

B. Ryggliggande till sittande på sängkant

1. Pat hjälps till sidliggande. Lyfter huvudet med kan ej medverka till att sätta sig upp.
2. Har huvudkontroll. Hjälps till sittande. Vid behov assisteras pat via sidliggande.
3. Sätter sig upp med lätt stöd av en person. Vid behov assisteras pat via sidliggande.
4. Sätter sig upp själv på mer än 10 sek.
5. Sätter sig upp själv på mindre än 10 sek.

C. Sittande

1. Sitter 2 min med stöd och öppna ögon. Hjälps till sittande.
2. Sitter utan stöd i 10 sek utan att hålla ihop knän och fötter.
3. Sitter utan stöd i 2 min.
4. Sitter utan stöd med jämn tyngdfördelning och ett icke bakåttippat bäcken. Vrider huvud och bål. Fötterna i golvet. Händerna vilar i knät. Ben och fötter i stillhet.
5. Sitter utan stöd. Böjer sig fram och rör vid golvet och återtar sedan startpositionen. Ben och fötter i stillhet. Affekterade armen understödjes vid behov. Jämn tyngdfördelning.

D. Sittande till stående

1. Kommer upp till stående med hjälp. Valfri metod.
2. Kommer upp till stående. Någon står bredvid och är beredd att hjälpa. Ojämnt fördelad tyngd eller handstöd.
3. Kommer upp till stående. Ej handstöd (att stödja händerna på låren tillåts)
4. Sittande till stående till sittande utan att någon står bredvid. Normal sträckning i höft och knä. Jämn tyngdfördelning.
5. Sitt stå sitt 3 ggr på 10 sek. Jämn tyngdfördelning.

E. Gång

1. Stödjer på det affekterade benet och tar ett steg framåt med det andra. Assistans vid behov av 1-2 personer.
2. Går med assistans från en person, med eller utan gånghjälpmedel.
3. Går 3 meter själv eller med gånghjälpmedel.
4. Går 10 meter utan stöd, vänder om och går tillbaka på totalt 25 sek.
5. Går upp och ner för 8 trappsteg på 20 sek, med eller utan lätt stöd av trappräcket. God höft- och knäkontroll.

F. Armfunktion

1. Ryggliggande. Armen sträckt mot taket, ca 45° böjning i armbågen tillåts. Får hjälp att inta läget. Håller armen själv eller får stöd vid överarmen.
2. Ryggliggande. Armen som i punkt 1. För handen mot pannan och sträck igen. Vid sträckt läge ska skulderbladet vara framdraget.
3. Sittande. Håller armen sträckt med 90° flex i axelleden i 2 sek. Ej uppdragen skuldra. Får vid behov hjälp att inta läget.
4. Sittande. Pat lyfter armen själv till 90° flex i axelleden. Håller i 10 sek. Sänker
5. Sittande. Håller båda armarna i 90° flex i axelleden. Handflatorna uppåt. Blundar. Håll kvar i 10 sek. Testa båda armarna samtidigt men bedöm var sida för sig

G. Handrörelser

1. Sitter vid ett bord med underarmsstöd. Lyfter handen från bordet med handledsextension utan att böja i armbågen.
2. Ett glas placeras i pat's hand. Lyfter det från underlaget med armbågsstöd utan ulnardeviation.
3. Sittande. Pat pronerar och supinerar. Armbågen ej understödd
4. Håller i en kam. Kammar håret på handsidan av huvudet.
5. Greppar om ett glas halvfyllt med vatten. För det till munnen (dricker) utan att spilla. Ställer ner glaset och släpper.

H. Finmotorik

1. Tar upp en tändsticksask (ca 1,5 x 3,5 x 5,5 cm) och lägger ner den igen. Underarmen får vara understödd.
2. Tar upp en tändsticka ur en i övrigt tom tändsticksask och lägger den på bordet. Underarmen ej understödd. Asken ska stå fritt på bordet.
3. Opposition tumme och varje finger. 10 fingrar på 10 sek.
4. Plocka i 10 tändstickor i en tändsticksask på 35 sek. En tändsticka i taget. Asken ska stå fritt på bordet.
5. Plocka ur 10 tändstickor ur en i övrigt tom tändsticksask på 25 sek. En tändsticka i taget. Asken ska stå fritt på bordet.

LIGGANDE TILL SITTANDE, SITTANDE TILL LIGGANDE

Patienten instrueras att från ryggliggande sätta sig på sängkanten med fötterna på golvet och sedan tillbaka till ryggliggande. Hjälpmiddel som dävert eller höjd huvudända får ej användas.

- 2 poäng Patienten förflyttar sig självständigt utan muntlig eller fysisk hjälp.
- 1 poäng Patienten behöver tillsyn, muntlig eller fysisk hjälp av 1 person.
- 0 poäng Patienten behöver hjälp av 2 personer eller fler.

SITTANDE TILL STÅENDE

Patienten sitter på en 48 cm hög stol med armstöd. Patienten instrueras att ställa sig upp med eller utan hjälp av armstöd. Tidtagning påbörjas när patienten börjar ställa sig upp (t.ex. när patienten börjar flytta fötterna, luta sig framåt etc.) och avslutas när patienten står upprätt med eller utan stöd.

- 3 poäng Patienten kan ställa sig upp självständigt från sittande till stående på 3 sekunder eller mindre tid.
- 2 poäng Patienten kan ställa sig upp självständigt, tar mer än 3 sekunder.
- 1 poäng Patienten behöver hjälpmedel, muntlig eller fysisk hjälp av 1 person för att ställa sig upp.
- 0 poäng Patienten behöver hjälp av 2 personer eller fler.

STÅENDE BALANS

Patienten instrueras att i stående, med stöd om det behövs, lyfta armarna framåt upp till 90 grader och sedan åt sidan upp till 90 grader.

- 3 poäng Patienten kan stå upprätt utan stöd och lyfta armarna både framåt och åt sidan som för att nå något inom armlängds avstånd.
Patienten ska inte luta kroppen framåt eller åt sidan (dvs. inte sträcka sig).
- 2 poäng Patienten kan stå utan stöd men behöver stödja sig på gånghjälpmedel eller möbler vid försök att lyfta armarna framåt och åt sidan.
- 1 poäng Patienten kan stå själv med hjälp av gånghjälpmedel eller möbler utan att tappa balansen.
- 0 poäng Patienten behöver fysisk hjälp av 1 eller flera personer
dvs. FALLRISK.

GÅNG

Patienten instrueras att gå i sin normala takt med sitt vanliga gånghjälpmedel, att vända, byta riktning, stanna och sätta igång, öppna och stänga en dörr t.ex. till toaletten.

- 3 poäng Patienten går självständigt utan gånghjälpmedel eller med en käpp/kryckkäpp, dvs. unilateralt stöd. Patienten går stadigt, kan vända, byta riktning och stanna och sätta igång utan hjälp eller tillsyn.
- 2 poäng Patienten går stadigt med betastöd, rollator, 2 kryckkäppar eller 2 käppar, dvs. bilateralt stöd. Patienten kan vända, byta riktning och stanna och sätta igång utan hjälp eller tillsyn.
- 1 poäng Patienten går med eller utan gånghjälpmedel, behöver tillfällig tillsyn t.ex. då patienten vänder, byter riktning, stänger en dörr etc.

0 poäng Patienten behöver fysisk hjälp eller konstant tillsyn.

GÅNG PÅ TID

Gånghastigheten testas på en sträcka av 6m. Patienten går 1 m innan tidtagning påbörjas. Patienten instrueras att gå i sin *normala* takt med sitt vanliga gånghjälpmedel.

3 poäng Patienten klarar sträckan på 15 sekunder eller mindre tid.

2 poäng Patienten klarar sträckan på 16-30 sekunder.

1 poäng Patienten klarar sträckan på mer än 30 sekunder.

0 poäng Patienten klarar inte gå hela sträckan eller klarar inte att gå.

MODIFIERAD FUNCTIONAL REACH

Tillvägagångssätt:

1. Sjukgymnasten förklarar och visar för patienten hur testet utförs.

En testomgång görs, sedan en mätomgång.

Om patienten missförstår instruktionerna eller testet avbryts av någon anledning får testet göras om.

2. Patienten står med höger eller vänster sida intill en vägg. Ett måttband är fäst på väggen i höjd med patientens acromion.

3. Patienten knyter handen närmast väggen och lyfter sedan armen så att axeln når 90 graders flexion utan att dra fram axeln.

4. Sjukgymnasten mäter med 3:e metacarpalfalangealeden (MCP) som referenspunkt mot måttbandet.

5. Patienten får sedan instruktionen:

”sträck dig framåt så långt du kan utan att flytta på fötterna”.
Varken handen eller armen får nudda vid väggen.

Patienten ska behålla handen knuten. Patienten får böja sig i midjan/höfterna vid utsträckning av armen.

6. I den utsträckta ställningen mäter sjukgymnasten positionen av 3:e MCP-leden som i punkt 5.

7. Patienten måste kunna återgå till utgångsställningen utan hjälp, utan att nudda vid väggen eller flytta på fötterna för att testet ska gälla.

8. Functional Reach är det avståndet emellan 3:e MCP leden i startpositionen och i sträckpositionen.

4 poäng Patienten når över 20cm.

2 poäng Patienten når mellan 10 cm och 20 cm.

0 poäng Patienten når inte 10 cm eller kan inte stå utan stöd.

Översättning:

Gillian Asplin, Sjukgymnastiken, Sahlgrenska Universitetssjukhus,
413 45 Göteborg.

BEDÖMNING AV ARM & HAND VID STROKE – SAFE – BILAGA 2

ARM & HAND

2019-04-01 Version 3.1

SAFE – MANUAL OCH PREDIKTIONS ALGORITM**SAFE = Skulderabduktion (SA) + Fingerextension (FE) = 5p+5p=10 poäng**

0 = ingen viljemässig kontraktion

1 = viljemässig kontraktion som kan palperas men ingen synlig rörelse

2 = viljemässig rörelse med tyngden avlastad genom hela rörelsebanan

3 = viljemässig rörelse mot extremitetens tyngd genom hela rörelsebanan

4 = viljemässig rörelse mot tyngdkraft och manuellt motstånd, men svag

5 = normal muskelstyrka

SA – Skulderabduktion, 0-90°

- Ange inga (-) eller (+) tecken; har man inte uppnått nästa nivå graderas det som lägre nivå
- Fullt rörelseomfång räknas som 90° abduktion i glenohumeralled
- Kompensation med överkroppen eller att man svänger upp armen med fart är inte tillåtet
- Rörelsen kan utföras i scapulas plan
- Flexion i armbåge upp till 90° är tillåtet
- Skillnader mellan grad 4 och 5 är mindre viktig/tillförlitlig och påverkar inte prognosen

Grad 0 eller 1: palpera muskelaktivitet i deltoideus; tillåt inte kompensation från andra muskler**Grad 2:** viljemässig rörelse till 90° abduktion i glenohumeralled i avlastat läge (t.ex. i ryggliggande)**Grad 3:** viljemässig rörelse mot extremitetens tyngd genom 0-90°, armbågsflexion upp till 90° är tillåtet**Grad 4/5:** viljemässig rörelse mot tyngdkraft till 90° abduktion i glenohumeralleden och klarar hålla kvar armen vid 90° mot manuellt motstånd men svag/eller mot maximalt motstånd; ge motstånd distalt på överarmen; armbågsflexion upp till 90° är tillåtet. Instruktion till patienten: "Lyft din arm ut åt sidan till skulderhöjd; håll kvar; låt mig inte trycka ner din arm".**FE – Fingerextension, från flexion till 0° fingerextension**

- Ange inga (-) eller (+) tecken. Har man inte uppnått nästa nivå graderas det som lägre nivå
- Testas från flekterad viloposition (lätt knuten hand, patienten kan få hjälp att komma till flekterat läge) till extenderade fingrar både i MCP och PIP-leder till 0°
- Neutral handledsposition, handledsposition kan stödjas manuellt
- För fingerextension graderas muskelstyrka utifrån majoriteten av fyra fingrar om styrkan varierar mellan fingrarna (om 3 fingrar har samma gradering använd den, om 2 fingrar har lägre gradering använd den).
- Skillnader mellan grad 4 och 5 är mindre viktig/tillförlitlig och påverkar inte prognosen

Grad 0-1: observera/palpera muskelaktivitet extensorsenor på ovasidan av handen**Grad 2:** viljemässig rörelse till 0° fingerextension i MCP och PIP-leder i avlastat läge längs horisontalplan**Grad 3:** viljemässig rörelse mot tyngdkraften till 0° fingerextension i MCP och PIP-leder**Grad 4-5:** viljemässig rörelse mot tyngdkraft och klarar hålla kvar fingrarna i 0° fingerextension i MCP och PIP-leder mot lätt eller maximalt manuellt motstånd; lägg motstånd distalt om PIP-leder (över interfalangerna)**När ska SAFE användas?**

Stroke med nyttillkommen påverkan på arm/hand

Inom 72 timmar (3 dagar) efter insjuknandet under **fördjupad bedömning**. Om SAFE gjordes tidigare, behöver det göras igen, när det finns en förändring till dag 3 för att ange optimal prediktion.SAFE bedöms igen 2 och 4 veckor efter insjuknandet **som kompletterande bedömning**, om tidigare testresultat var mindre än 8 poäng, för att ge mer optimal prediktion. Räkna tid från insjuknandet, alternativt från ankomst till sjukhus.

SAFE är ett screeningsinstrument och ska kompletteras med FMA-Arm bedömning under vecka 1 samt 4 veckor efter insjuknandet för att ange mer optimal prediktion.

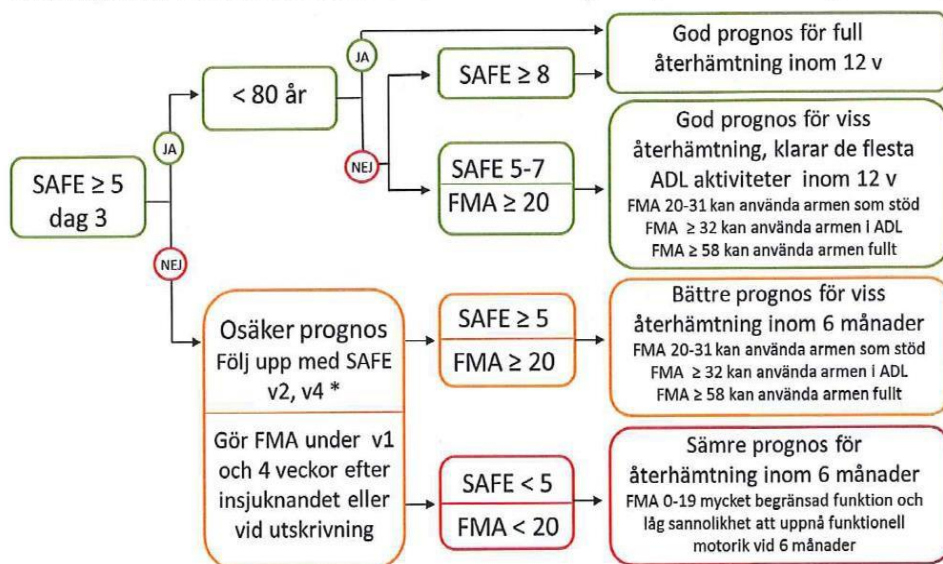
Dokumentation

Dokumentera med versaler under Bedömningsinstrument. Ange poäng på SAFE och separat poäng på SA (skulderabduktion) och FE (fingerextension). Skriv ut förkortning för SA och FE och ange maxpoäng för skalan. Ange tid vid kompletterande bedömning (gäller v2 och v4). Dokumentera alltid poäng på paretisk sida och vid bilateral påverkan på båda sidor.

Exempel: SAFE hö= 5 /max 10p
 SA (skulderabduktion) hö=3 /max 5p
 FE (fingerextension) hö=2 /max 5p

Arbets terapi och fysioterapi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset margit.alt-murphy@vgregion.se

SAFE Algoritm tillsammans med kompletterande Fugl-Meyer Assessment (FMA-Arm)



* Tiden avser tid efter insjuknandet

Prognosindikatorer för SAFE dag 3

SAFE ≥8p: god prognos för full återhämtning inom 12 veckor

SAFE 5-7 och yngre än 80 år: god prognos för full återhämtning inom 12 veckor

SAFE 5-7 och äldre än 80 år: god prognos för viss återhämtning, klarar de flesta ADL aktiviteter inom 12 veckor, med träning 90% sannolikhet, utan träning 60% sannolikhet att uppnå denna prognos; rekommenderad bedömning med FMA-Arm (under v1 och vid v4) för mer optimal prognos

SAFE 0-4: osäker prognos, behöver följas upp med SAFE 2 och 4 veckor efter insjuknandet; gör FMA-Arm under första veckan, vid 4 veckor och 3 månader efter insjuknandet för mer optimal prognos

Prognosindikatorer för aktiv skulderabduktion (SA) fingerextension (FE)

Aktiv SA och FE inom 72h: viss funktionell motorik vid 6 månader (ARAT>10poäng, allt från begränsad till full motorik)

Aktiv FE inom 72h: 60% uppnår full funktion vid 6 månader

Aktiv SA inom 72h: 48% uppnår full funktion vid 6 månader

Ingen aktiv SA och/eller FE inom 72h, 25% uppnår viss motorik vid 6 månader

Ingen aktiv SA och/eller FE inom 5-10dgr: 14% uppnår viss motorik vid 6 månader

Coupar F et al. Predictors of upper limb recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2012;26 (4), 291-313.
 Daniels L et al. *Muscle testing : techniques of manual examination.* 5th ed. ed. Philadelphia; London: W.B. Saunders; 1986.
 Medical Research Council. *Aids to the examination of the peripheral nervous system.* London: H.M. Stationary Office; 1981.
 Hislop HJ et al. *Daniels and Worthingham's muscle testing : techniques of manual examination.* 7. ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002.
 Kwakkel G et al. Probability of regaining dexterity in the flaccid upper limb: impact of severity of paresis and time since onset in acute stroke. *Stroke.* 2003;34(9):2181-6.
 Nijland RH et al. Presence of finger extension and shoulder abduction within 72 hours after stroke predicts functional recovery: early prediction of functional outcome after stroke: the EPOS cohort study. *Stroke.* 2010;41 (4), 745-50.
 Stinear CM et al. PREP2: A biomarker-based algorithm for predicting upper limb function after stroke. *Ann Clin Transl Neurol* 2017;4(11):811-20. Stinear CM. Prediction of motor recovery after stroke: advances in biomarkers. *Lancet Neurol.* 2017;16(10):826-36. Stinear CM et al. Predicting Recovery Potential for Individual Stroke Patients Increases Rehabilitation Efficiency. *Stroke.* 2017;48 (4), 1011-1019. Stinear CM. et al. The PREP algorithm predicts potential for upper limb recovery after stroke. *Brain.* 2012;135 (Pt 8), 2527-35

Arbetsterapi och fysioterapi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset margit.alt-murphy@vgregion.se

TONUSBEDÖMNING ENL. MODIFIERAD ASHWORTHSKALA

Pers.nr: _____ Namn: Bilaga 4

Sjukgymnast: _____

Test i ryggliggande

ÖE: Axelflexorer / extensorer
 Adduktorer / abduktorer
 Inåttrotatorer / utåttrotatorer
 Biceps / triceps
 Pronatorer / supinatorer
 Handledsflexorer / extensorer
 Fingerflexorer / extensorer

Bedömning1		Bedömning2		Bedömning3		Bedömn.4	
Dat:		Dat:		Dat:		Dat:	
Hö	Vä	Hö	Vä	Hö	Vä	Hö	Vä

NE: Höftflexorer / extensorer
 Höftadduktorer / abduktorer
 Utåttrotatorer / inåttrotatorer
 Knästräckare / böjare
 Plantarflexorer / dorsalflexorer
 Pronatorer / supinatorer

ÖVRIGT: _____

Modifierad skala:

- 0 Ingen tonusökning
- 1 Någon ökning i muskeltonus manifesterad av hugg och släpp eller av minimalt motstånd vid slutet av rörelsebanan när de påverkade delarna rör sig i flexion och extension.
- 1,5 Någon ökning av muskeltonus manifesterad av hugg, följt av minimalt motstånd under resten av rörelseområdet (mindre än hälften).
- 2 Mer markant ökning av muskeltonus genom större delen av rörelsebanan, men påverkade delar rörs lätt.
- 3 Avsevärd ökning av muskeltonus, passiv rörelse svår.
- 4 Påverkade delar stela i flexion och extension.

MC1995-11-02

BERGS BALANSSKALA MANUAL

Instruktion

Visa och förklara för patienten före varje moment som han/hon ska utföra. Det är det **första försöket** som ska poängsättas. Det är därför mycket viktigt att patienten från början får all den information som behövs så att han/hon förstår vad som ska göras. Ge information på ett naturligt sätt och använd den skrivna instruktionen till varje moment endast som utgångspunkt. Komplettera exempelvis med "Vill Du vara snäll och..." eller "I nästa uppgift ska Du. ".

Poängsättning

I många moment ska patienten bibehålla en given ställning under en viss tid. Du ger gradvis en lägre poäng om de olika kriterierna för tid och avstånd inte uppfylls, om patienten kräver tillsyn eller om hon/han tar stöd eller behöver hjälp av en person. Med tillsyn menas att du känner att du måste vara beredd att ge stöd eftersom det finns risk att patienten ska tappa balansen. Med stöd och hjälp menas fysisk kontakt mellan patienten och ett stadigt föremål eller en person.

Patienten väljer själv vilket ben hon/han vill stå på eller hur långt hon/han vill sträcka sig framåt. Det innebär exempelvis i moment 8 att patienten får noll poäng om hon/han sträcker sig för långt fram och tappar balansen. Patientens insikt om sin förmåga påverkar således utförandet och därigenom poängsättningen. Om du är tveksam vilken poäng som bäst motsvarar det som patienten klarar av ska du alltid välja **det lägre alternativet**. Det innebär att patienten åtminstone klarar den poängen, men inte den närmast högre.

Utrustning

För att utföra bedömningen behövs

- ett tidtagarur eller en klocka med sekundvisare
- en linjal eller annat föremål (exempelvis baksidan av skattningsformuläret) markerat med ett noll-läge samt 5, 12 och 25 cm
- sko eller toffel
- stol i standardhöjd med armstöd samt en stol utan armstöd eller säng
- ett steg i en trappa eller en pall med motsvarande steghöjd.

Dokumentation

Vid upprepad bedömning är det mycket viktigt att du **inte** ser resultatet av den tidigare bedömningen. Om du ser den poäng som patienten fått vid en tidigare skattningsformuläret finns risk att du påverkas i din poängsättning. Under testproceduren markerar du direkt i skattningsformuläret den poäng som motsvarar patientens resultat. För sedan över testresultatet på formuläret för upprepade mätningar (bilaga).

Skalan är utvecklad av Dr. Berg, Center for Gerontology & Health Care Research, Brown University, Providence, RI, USA. Efter tillstånd av Dr. Berg är skalan översatt enligt en metod för anpassning av mätinstrument mellan kulturer. Denna version är något omarbetad efter en prövning av interbedömarreliabilitet. Skalan får användas fritt men ej ändras. Upplysningar kan ges av Lillemor Lundin-Olsson, Jane Jensen, Kerstin Waling på Hälsohögskolan i Umeå, tel:090/15 86 00 eller Institutionen för geriatrik, Umeå Universitet, 901 87 Umeå, tel: 090/10 21 88.

1. SITTANDE TILL STÅENDE

INSTRUKTION: *Ställ Dig upp. Försök att inte använda händerna som stöd.*

För att få 2 poäng får patienten göra fler än ett försök i detta moment.

- 4 kan ställa sig upp utan att använda händerna och själv hitta balansen
- 3 kan ställa sig upp självständigt med hjälp av händerna
- 2 kan ställa sig upp med hjälp av händerna efter flera försök
- 1 behöver minimal hjälp av en person för att ställa sig upp eller för att hitta balansen
- 0 behöver måttlig eller maximal hjälp av en eller flera personer för att ställa sig upp

2. STÅ UTAN STÖD

INSTRUKTION: *Stå i 2 minuter utan stöd.*

För att få 1 poäng får patienten göra fler än ett försök i detta moment.

- 4 kan stå säkert i 2 minuter
- 3 kan stå 2 minuter med tillsyn
- 2 kan stå 30 sekunder utan stöd
- 1 behöver flera försök för att stå 30 sekunder utan stöd
- 0 kan inte stå 30 sekunder utan stöd

Om patienten kan stå 2 minuter utan stöd: sätt full poäng för "sitta utan ryggstöd" och fortsätt till uppgift 4.

3. SITTA UTAN RYGGSTÖD MED STÖD FÖR FÖTTERNA PÅ GOLV ELLER PALL

INSTRUKTION: *Sitt med korslagda armar i 2 minuter. Om patienten inte förstår att han/hon inte ska luta mot ryggstödet bör detta moment utföras där ryggstöd saknas, exempelvis i sängen.*

- 4 kan sitta tryggt och säkert i 2 minuter
- 3 kan sitta 2 minuter med tillsyn
- 2 kan sitta i 30 sekunder
- 1 kan sitta i 10 sekunder
- 0 kan inte sitta 10 sekunder utan stöd

4. STÅENDE TILL SITTANDE

INSTRUKTION: *Sätt Dig.*

- 4 sätter sig ned på ett säkert sätt med minimal hjälp av händerna
- 3 kontrollerar nedsittningen med hjälp av händerna
- 2 använder baksidan av benen mot stolen för att kontrollera nedsittningen
- 1 sätter sig självständigt men okontrollerat
- 0 behöver hjälp av en person för att sätta sig ned

5. FRÅN SITTANDE PÅ EN STOL MED ARMSTÖD TILL EN ANNAN UTAN ARMSTÖD OCH VICE VERSA

INSTRUKTION: Undersökaren placerar en stol med armstöd i 90° vinkel mot en stol utan armstöd eller mot en säng. *Flytta Dig från stolen med armstöd till stolen utan armstöd/sängen. Använd händerna så lite som möjligt. Flytta dig sedan från stolen (utan armstöd)/sängen till stolen med armstöd.* Om patienten inte kan flytta sig åt båda hållen kan undersökaren flytta stolen efter den första överflyttningen. Det viktiga är att överflyttningen sker från en stol med armstöd och från en stol utan armstöd/säng.

- 4 kan förflytta sig säkert med minimal hjälp av händerna
- 3 kan förflytta sig säkert med påtaglig hjälp av händerna
- 2 kan förflytta sig med hjälp av muntliga ledtrådar och/eller tillsyn
- 1 behöver hjälp av en person
- 0 behöver hjälp av två personer

6. STÅ UTAN STÖD MED SLUTNA ÖGON

INSTRUKTION: *Blunda och stå stilla i 10 sekunder.*

- 4 kan stå säkert i 10 sekunder
- 3 kan stå 10 sekunder med tillsyn
- 2 kan stå i 3 sekunder
- 1 står stilla men måste öppna ögonen inom 3 sekunder
- 0 behöver hjälp för att inte falla

7. STÅ UTAN STÖD MED FÖTTERNA INTILL VARANDRA

INSTRUKTION: *Sätt fötterna intill varandra och stå utan stöd.*

- 4 kan självständigt sätta fötterna intill varandra och står säkert i 1 minut
- 3 kan självständigt sätta fötterna intill varandra och står 1 minut med tillsyn
- 2 kan självständigt sätta fötterna intill varandra **men kan inte** stå kvar i 1 minut
- 1 behöver hjälp för att inta ställningen men kan stå 15 sekunder med fötterna intill varandra
- 0 behöver hjälp för att inta ställningen och kan inte stå kvar i 15 sekunder

8. STRÄCKA SIG FRAMÅT MED UTSTRÄCKT ARM I STÅENDE

INSTRUKTION: *Lyft armen framåt till 90 grader. Sträck ut fingrarna och sträck Dig framåt så långt Du kan. Undersökaren fäster eller håller en linjal, alternativt ett papper markerat med noll-läge och 5,12,25 cm, mot väggen. Noll-läget ska vara jäms med långfingrets fingertopp då armen är framsträckt i 90 grader. Fingrarna eller armen får inte nudda vid väggen. Mät på linjalen hur långt fingertoppen når i det mest framsträckta läget. När det är möjligt ska patienten använda båda armarna vid framåtsträckningen för att undvika rotation av bålen.*

- 4 kan sträcka sig framåt på ett säkert sätt mer än 25 cm
- 3 kan sträcka sig framåt på ett säkert sätt mer än 12 cm
- 2 kan sträcka sig framåt på ett säkert sätt mer än 5 cm
- 1 sträcker sig framåt men behöver tillsyn
- 0 tappar balansen vid försök/behöver yttre stöd

9. STÅ OCH TA UPP FÖREMÅL FRÅN GOLV

INSTRUKTION: *Ta upp sko/toffel som ligger framför Dina fötter.*

- 4 kan ta upp skon lätt och på ett säkert sätt
- 3 kan ta upp skon men behöver tillsyn
- 2 kan inte ta upp skon, men når 2,5-5 cm från skon och håller självständigt balansen
- 1 kan inte ta upp skon och behöver tillsyn vid försöket
- 0 kan inte försöka/behöver

10. VRIDA OCH TITTA BAKÅT ÖVER VÄNSTER OCH HÖGER AXEL I STÅENDE

INSTRUKTION: *Vrid och titta direkt bakom Dig över vänster axel. Upprepa åt höger. För att få en bra rotation i hela kroppen kan undersökaren stå bakom patienten och hålla ett föremål som patienten uppmuntras att titta på.*

- 4 tittar bakåt åt båda hållen och roterar i hela kroppen
- 3 tittar bakåt åt ena hållet, mindre god rotation åt andra hållet
- 2 vrider endast åt sidorna men bibehåller balansen
- 1 behöver tillsyn under vridrörelsen
- 0 behöver stöd för att inte falla

11. VÄNDA 360 GRADER

INSTRUKTION: *Vänd Dig runt ett helt varv. STANNA. Vänd Dig sedan ett helt varv åt andra hållet.*

- 4 kan vända säkert 360 grader på 4 sekunder eller mindre.
- 3 kan vända säkert 360 grader endast åt ena hållet på 4 sekunder eller mindre
- 2 kan säkert men långsamt vända 360 grader
- 1 behöver tillsyn eller muntliga ledtrådar
- 0 behöver stöd under vändningen

12. STÅ UTAN STÖD OCH VÄXELVIS PLACERA FOT PÅ PALL

INSTRUKTION: *Sätt växelvis upp en fot i taget på pallen/trappsteget. Fortsätt tills vardera foten har rört vid pallen 4 gånger.*

- 4 kan stå självständigt och säkert och klarar att sätta upp varje fot 4 gånger på 20 sekunder
- 3 kan stå självständigt och klarar att sätta upp varje fot 4 gånger på mer än 20 sekunder
- 2 kan klara att sätta upp varje fot 2 gånger utan hjälp men med tillsyn
- 1 kan klara mer än 1 gång med varje fot med minimal hjälp
- 0 behöver hjälp för att inte falla/kan inte försöka

13. STÅ UTAN STÖD MED DEN ENA FOTEN FRAMFÖR DEN ANDRA

INSTRUKTION: (DEMONSTRERA FÖR PATIENTEN). *Sätt ena foten direkt framför den andra. Om Du inte kan sätta foten direkt framför, försök att sätta foten så långt fram att hälen på Din främre fot är framför den andra fotens tår.*

För att få 3 poäng måste den främre fotens häl placeras framför den bakre fotens tår och stegets bredd ska vara ungefär som patientens normala stegbredd.

- 4 kan självständigt sätta fötterna i tandemställning och stå kvar i 30 sekunder
- 3 kan självständigt sätta en fot framför den andra och stå kvar i 30 sekunder
- 2 kan självständigt flytta en fot framåt - dock ej framför den andra foten - och stå kvar 30 sekunder
- 1 behöver hjälp med att flytta en fot framåt men kan stå kvar i 15 sekunder
- 0 tappar balansen under steget eller i stående

14. STÅ PÅ ETT BEN

INSTRUKTION: *Stå på ett ben så länge Du kan utan stöd.*

- 4 kan självständigt lyfta benet och stå kvar i minst 10 sekunder
- 3 kan självständigt lyfta benet och stå kvar i 5 sekunder
- 2 kan självständigt lyfta benet och stå kvar i 3 sekunder
- 1 försöker lyfta benet men kan inte stå kvar på ett ben i 3 sekunder, kan dock stå självständigt
- 0 kan inte försöka lyfta benet eller behöver hjälp för att inte falla

() TOTALPOÄNG (Maximum = 56)

Timed Up & Go (TUG)

Syfte

Att undersöka:

- funktionell mobilitet.
- dynamisk balans och gång.
- tiden som det tar för patienten att resa sig upp från karmstol, gå 3 m, vända och gå 3 m tillbaka igen och sätta sig i karmstolen igen.

Tillval: antalet steg vid utförandet.

Miljö

- Rum med drygt 3 m lång sträcka
- Markeringar i golvet, vid start och efter 3 m Utrustning
- En karmstol med standardiserad ungefärlig sitthöjd på 46 cm
- Ett tidtagarur
- Eventuella gånghjälpmedel

Utförande: Karmstolen placeras så att patienten har sina fötter precis bakom utgångsmarkeringen för 3 meter.

Instruktion: När jag säger Börja gå nu, res dig upp och gå framåt 3 meter till linjen, vänd på linjen och gå tillbaka till stolen och sätt dig ner (igen). Du får träna en gång först. Vid andra försöket tar jag tiden för utförandet. Tidtagningen startas när du påbörjar uppresningen (när ryggen lättar från ryggstödet) och avslutas när du har satt dig ner igen.

Tolkning: Tid i sekunder (s) för utförande <10 s Rör sig fritt och enkelt, oberoende i aktiviteter som kräver rörlighet/mobilitet. (Podsiadlo och Richardson 1991) <14.77 s Gångförmåga/gångare utanför hemmet (Lee et al. 2016) ≥15 s Fallrisk (area under the curve 0,70) . (Persson et al. 2011).

Sunnaas
sykehus
Ergoterapia
vd jan -90

Modifierad för NU-sjukhuset 2009

Bilaga 7

KÖKSBEDÖMNING, KOKA KAFFE OCH GÖRA SMÖRGÅS

INSTRUKTION TILL ARBETSTERAPEUTEN

Redskap: brödkniv, smörkniv, osthyvel

Mat: skall patienten hitta själv (se instruktioner till patienten)

Kaffebryggare, kaffefilter, bryggkaffe

(Eventuellt kaffekanna och kokkaffe).
Kaffebryggaren skall vara riktigt ihopsatt med lock och dylikt.

Fråga patienten på förhand om han är van att använda kaffebryggare eller om han kokar kaffe i kaffekanna. Be att han gör det han är van vid.

Porslin: 2 koppar, 2 fat, 2 assietter

Eventuellt enhandshjälpmedel:

fixeringsbräda, smörgåsplatta, antihalk.
Ha dessa tillgängliga men visa ej fram dem med en gång.

Aktuell stol: arbetsstol, kökspall – om patienten inte sitter i rullstol eller går

INSTRUKTIONER TILL PATIENTEN

- 1. Det här är ett litet kökstest. Du ska brygga/koka kaffe, skära och breda 2 skivor bröd med smör och ost och koka*

ett ägg som du ska skala och dela med äggskärare. Duka bordet och servera till två personer. (Vi ska vara färdiga i köket om 45 min och skall ha tid att äta.)

- 2. Jag kommer nu att visa dig var alla redskap och föremål finns. Lyssna noga och börja inte förrän jag säger till.*
- 3. Du får försöka klara dig själv men jag finns här om du undrar något eller behöver hjälp. Jag säger till om det är något speciellt.*

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Fysioterapi NÄL, Arbetsterapi NÄL, Fysioterapi Uddevalla Sjukhus, Arbetsterapi Uddevalla Sjukhus, NU-sjukvården

Innehållsansvar: Mimmi Landelius, (mimla4), Fysioterapeut

Godkänd av: Jonas Blank, (jonbl1), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10034-1701015622-5

Version: 4.0

Giltig från: 2026-06-15

Giltig till: 2028-06-15