



Löpnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Undersökningsdatum: |_|_|_|_|_|-|_|_|-|_|_|

Plats för etikett

Sjuksköterskeprotokoll

Starttid: |_|_|_|_|_|

- Plats: ₁ Mottagningen
₂ I hemmet
₃ Särskilt boende
₄ Avdelning, korttidsboende
₅ _____

Undersökare: _____

Blodprover tagna: ₁ Ja, kl: |_|_|_| |_|_|_| ₂ Nej

Provsvar kontrollerade, datum: _____ Sign: _____

Avvikande provsvar: ₁ Ja ₂ Nej

Åtgärd skall vidtagas: ₁ Ja ₂ Nej

Om JA, IP informerad, datum: _____ Sign: _____

Om JA, remiss skriven, datum: _____ Sign: _____



1a. Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem?

- ₁ Ja, minskat avsevärt
- ₂ Ja, minskat något
- ₃ Nej, ingen förändring

1b. Rörlighet?

- ₁ Är säng- eller rullstolsbunden
- ₂ Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut
- ₃ Går ut med eller utan hjälpmedel

1c. Har varit psykiskt stressad eller haft akut sjukdom under de senaste tre månaderna?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

1d. Neuropsykologiska problem?

- ₁ Svår förvirring/demens eller depression
- ₂ Lätt förvirring/demens
- ₃ Inga neuropsykologiska problem

1e. Har eget boende? (ej särskilda boendeformer/sjukhus)

- ₁ Ja
- ₂ Nej

1f. Intar mer än 3 ordinerade läkemedel dagligen?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

1g. Har trycksår eller annat hudsår?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

1h. Äter fullständiga huvudmål per dag?

- ₁ Ett fullständigt huvudmål
- ₂ Två fullständiga huvudmål
- ₃ Tre fullständiga huvudmål

1i. Äter eller dricker vanligtvis

- a. Minst en mejeriprodukt dagligen (mjölk/ost/yoghurt)? ₁ Ja ₂ Nej
- b. Två eller flera ägg varje vecka? ₁ Ja ₂ Nej
- c. Fisk, fågel eller kött varje dag? ₁ Ja ₂ Nej

1j. Äter minst två frukter eller två portioner med grönsaker dagligen?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

1k. Dricker dagligen (vatten/juice/kaffe/te/mjölk/öl)?

- ₁ Mindre än 3 glas/muggar
- ₂ 3-5 glas/muggar
- ₃ Mer än 5 glas/muggar

1m. Kan äta själv eller behöver hjälp vid måltiden?

- ₁ Behöver mycket hjälp/matas
- ₂ Behöver lite hjälp
- ₃ Äter själv utan några problem

1n. Bedömer själv sitt näringstillstånd som:

- ₁ Svårt undernär/felnär
- ₂ Är osäker om sitt näringstillstånd/vet ej
- ₃ Har inga näringsproblem

1o. I jämförelse med andra i samma ålder uppfattar sitt hälsotillstånd som:

- ₁ Inte så bra som andras
- ₂ Vet ej
- ₃ Lika bra som andras
- ₄ Bättre än andras

1p. Viktförlust under de senaste tre månaderna?

- ₁ Ja, mer än 3 kg
- ₂ Vet ej
- ₃ Ja, mer än 1 kg men mindre än 3 kg
- ₄ Nej, ingen viktförlust

1q. Har Du "bantat" de senaste tre månaderna?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Vet ej

1r. Informationen till frågorna 1a-1q har hämtats från?

- ₁ Intervjupersonen
₂ Anhörig
₃ Vårdpersonal
₄ Annan

2. Vikt och längd

- a. Vikt 30 år (*fråga IP*): _____, _____ kg **OBS gäller EJ återundersökning!**
- b. Vikt 50 år (*fråga IP*): _____, _____ kg **OBS gäller EJ återundersökning!**
- c. Vikt idag (*fråga IP*): _____, _____ kg **OBS gäller EJ återundersökning!**
- c1. Vikt idag (*våg på våg*): _____, _____ kg
- c2. Är vikten tagen på GÅS-projekt våg? ₁ Ja ₂ Nej
- c3. Är vikten hämtad från journaluppgift? ₁ Ja ₂ Nej
- d. Längd när IP var som längst (*fråga IP*): _____, _____ cm **OBS gäller EJ återundersökning!**
- e. Längd idag (*fråga IP*): _____, _____ cm **OBS gäller EJ återundersökning!**
- e1. Längd idag (*mät*): _____, _____ cm
- e2. Är längden mätt stående? ₁ Ja ₂ Nej, liggande
- e3. Är längden hämtad från journaluppgift? ₁ Ja ₂ Nej
- f1. Halva armspännvidden **vänster**: _____, _____ cm
- f2. Är mätningen utförd på höger sida? ₁ Ja ₂ Nej
- f3. Är mätningen utförd med IP sittande? ₁ Ja ₂ Nej
- f4. Är mätningen utförd med IP liggande? ₁ Ja ₂ Nej
- f. Impedansmätning genomförd ₁ Ja ₂ Nej

4. Step-test

Skor på, inga hjälpmedel. IP står 5 cm framför lådan. Börja alltid med höger ben.

Antal fullständiga steps (hela foten på lådan) under 15 sekunder räknas.

Tidtagningen startas när IP börjar lyfta foten från golvet och avslutas vid 15 sekunder.

- a. a1. Höger ben upp: gånger a2. Höger ben upp: gånger
a3. Bryter vid: s a5. Bryter vid: s
a4. Bryter efter: gånger a6. Bryter efter: gånger
- b. b1. Vänster ben upp: gånger b2. Vänster ben upp: gånger
b3. Bryter vid: s b5. Bryter vid: s
b4. Bryter efter: gånger b6. Bryter efter: gånger

c. Dålig medverkan i momentet step-test

- c1. Dålig medverkan av IP? ₁ Ja ₂ Nej

Om JA, berodde detta på?

- c2. Balansproblem och/eller yrsel och/eller ortostatism? ₁ Ja ₂ Nej
c3. Trötthet och/eller nedsatt ork? ₁ Ja ₂ Nej
c4. Oro och/eller rädsla? ₁ Ja ₂ Nej
c5. Övrigt? ₁ Ja ₂ Nej

5a. Diadochokinesi

Logga in hänthet, justera bordshöjd och kontrollera att underarmen är i linje med handtagets pinne.

Armbågsvinkel 90°. Handtaget mellan lång- och ringfinger. Armbågen in till sidan.

Börja alltid med höger arm. Utför provomgång med höger. Därefter test nr 1 och test nr 2.

Provomgång med vänster. Därefter test nr 1 och test nr 2.

- ₁ Utfört
₂ Ej utfört

b. Dålig medverkan i momentet diadochokinesi

- b1. Dålig medverkan av IP? ₁ Ja ₂ Nej

Om JA, berodde detta på?

- b2. Påverkat handgrepp? ₁ Ja ₂ Nej
b3. Dupuytren's kontraktur? ₁ Ja ₂ Nej
b4. Tidigare fraktur/er i hand och/eller arm? ₁ Ja ₂ Nej
b5. Övrigt? ₁ Ja ₂ Nej

7a. Spirometrimätning₁ Ja ₂ Nej**b. Dålig medverkan i momentet spirometrimätning**

b1. Dålig medverkan av IP?

₁ Ja ₂ Nej*Om JA, berodde detta på?*

b2. Förstår ej instruktionerna?

₁ Ja ₂ Nej

b3. Pågående luftvägsinfektion?

₁ Ja ₂ Nej

b4. Övrigt?

₁ Ja ₂ Nej**9. Smärta vid rörelse**

Har Du för närvarande smärta eller ont när Du greppar i saker, reser Dig, står, går eller går i trappor? *Observera, om IP anger smärta för någon av delfrågorna b-i skall JA anges för 9a.*

a. ₁ Ja; om JA, var? ₂ Nej**Höger****Vänster**b. Axel ₁ Ja ₃ Nej ₂ Ja ₄ Nejc. Armbåge ₁ Ja ₃ Nej ₂ Ja ₄ Nejd. Handled/hand ₁ Ja ₃ Nej ₂ Ja ₄ Neje. Höft ₁ Ja ₃ Nej ₂ Ja ₄ Nejf. Knä ₁ Ja ₃ Nej ₂ Ja ₄ Nejg. Fot ₁ Ja ₃ Nej ₂ Ja ₄ Nejj. Vad ₁ Ja ₃ Nej ₂ Ja ₄ Nejk. Lår ₁ Ja ₃ Nej ₂ Ja ₄ Nejh. Rygg ₁ Ja ₂ Neji. Nacke ₁ Ja ₂ Nej

10. Resa sig från en stol.

Utrustning: en rakryggad stol utan karmar ca 43 cm hög. Beskrivning: mäter förmågan att resa sig upp från en stol utan att använda armarna. Hjälpmedel får ej användas. Be IP att sätta sig med båda armarna i kors över bröstet och fötterna på golvet bredvid varandra. IP ska nu resa sig upp utan att använda armarna. Om IP inte kan resa sig från sittande till stående så kodas uppgiften "kan inte resa sig"

a. Känns det "säkert" för Dig att resa Dig utan att använda armarna?

- ₁ Ja
- ₂ Nej, det känns osäkert; *om NEJ, varför känns det osäkert?* _____
- ₃ Kan inte resa sig

b.1 Om det känns säkert, be IP resa sig från stolen utan att använda armarna.

Om IP inte kan resa sig utan att använda armarna säg:
Försök att resa Dig med hjälp av att skjuta ifrån med armarna.

- ₁ Reser sig utan att använda armarna (ett lyckat försök är en gång)
- ₇ Långsamt eller mer än ett försök behövs
- ₂ Reser sig, men använder armarna
- ₈ Tendens att falla tillbaka och behöver eventuellt mer än ett försök, klarar dock uppresning utan hjälp
- ₃ Försökte men kunde ej.
- ₄ Ej försökt på grund av säkerhetsskäl
- ₅ Ej försökt då det inte fanns någon lämplig stol
- ₆ Ej försökt då IP är rullstolsbunden

c. Upprepa samma övning genom att resa Dig från sittande till stående 5 gånger ganska snabbt, klarar Du att försöka det?

- ₁ Ja
- ₂ Nej, det känns osäkert; *om NEJ, varför känns det osäkert?* _____
- ₃ Kan inte resa sig

d. Om det känns säkert, be IP resa sig från stolen raskt 5 gånger efter varandra.

- ₇ IP kunde resa sig 5 gånger, det tog: |__|__|__|,|__|__| sekunder
- ₈ Reser sig utan att använda armarna, klarar ej 5 gånger
antal lyckade försök: | 1 | 2 | 3 | 4 | det tog: |__|__|__|,|__|__| sekunder
- ₉ Reser sig 5 gånger, men använder armarna, det tog: |__|__|__|,|__|__| sek.
- ₁₀ Reser sig, men använder armarna, klarar ej 5 gånger
antal lyckade försök: | 1 | 2 | 3 | 4 | det tog: |__|__|__|,|__|__| sekunder
- ₃ Försökte men kunde ej.
- ₄ Ej försökt på grund av säkerhetsskäl
- ₅ Ej försökt då det inte fanns någon lämplig stol
- ₆ Ej försökt då IP är rullstolsbunden

10e. Dålig medverkan i momentet resa sig från stol

e1. Dålig medverkan av IP? ₁ Ja ₂ Nej

Om JA, berodde detta på?

e2. Balansproblem och/eller yrsel och/eller ortostatism? ₁ Ja ₂ Nej

e3. Trötthet och/eller nedsatt ork? ₁ Ja ₂ Nej

e4. Oro och/eller rädsla? ₁ Ja ₂ Nej

e5. Den fysiska miljön? ₁ Ja ₂ Nej

e6. Övrigt? ₁ Ja ₂ Nej

11. Gånghjälpmedel

	Inomhus	Utomhus
a. Går utan gånghjälpmedel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
k. Enbart levande stöd	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b. Använder 1 st käpp/kryckkäpp	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c. Använder 1 st fyrpunktsstöd/bock	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d. Använder 2 st käppar/kryckkäppar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e. Använder 2 st fyrpunktsstöd/bockar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f. Använder rollator	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
j. Använder betastöd	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g. Använder delastöd	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h. Använder hjälpmedel samt 1 levande stöd	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
i. Använder rullstol (vanligtvis)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
l. Använder gångstavar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
m. Använder elrullstol (permobil)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

12. Gångförmåga

- ₁ Går själv utan hjälpmedel
- ₂ Går själv utan hjälpmedel inomhus, använder gånghjälpmedel utomhus
- ₃ Går med gånghjälpmedel både inomhus och utomhus
- ₄ Går med gånghjälpmedel inomhus, men är rullstolsbunden utomhus
- ₅ Går ej, är rullstolsburen både inomhus som utomhus
- ₆ Sängbunden

13. Kan Du resa Dig från stolen/sängen?

- ₁ Ja
- ₂ Nej
- ₃ Ja, men det tar på krafterna

14. Kan Du gå omkring inomhus i Din bostad?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Ja, men det tar på krafterna

15. Kan Du gå i trappor? (Här avses endast 1 trappa upp)

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Ja, men det tar på krafterna

16. Kan Du ta Dig ut? (Här avses endast att komma ut t ex på gården)

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Ja, men det tar på krafterna

17. Kan Du promenera utomhus i fint väder i 1/2-1 timme?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Ja, men det tar på krafterna

18. Timed get up and go

Uppresning på valfritt sätt från karmstol med rak rygg 43 cm hög. Skor och ordinarie hjälpmedel tillåtet. Gång 3 m med vändning vid marken och retur. Tidtagning startar när ryggen lämnar ryggstödet och avslutas när stjärten rör vid stolsitsen igen.

a. Hjälpmedel?

- ₁ Ja ₂ Nej

b. Normal/valfri hastighet: |__|__|__|,|__|__| sekunder

c. Maximal hastighet (men inte springa): |__|__|__|,|__|__| sekunder

d. Dålig medverkan i momentet time get up and go

d1. Dålig medverkan av IP? ₁ Ja ₂ Nej

Om JA, berodde detta på?

d2. Balansproblem och/eller yrsel och/eller ortostatism? ₁ Ja ₂ Nej

d3. Trötthet och/eller nedsatt ork? ₁ Ja ₂ Nej

d4. Oro och/eller rädsla? ₁ Ja ₂ Nej

d5. Den fysiska miljön? ₁ Ja ₂ Nej

d6. Övrigt? ₁ Ja ₂ Nej

19. Gångtest 2x15 meter inklusive vändning

Tidtagning 0-15 m samt totaltid. Antal steg räknas exklusive steg under vändningen. Skor, ordinarie och gånghjälpmedel tillåtet. Flygande start och avslut cirka 2 m framför/bakom markering på golvet. Gång uppmätt sträcka, vändning bakom markering och retur. Tidtagning börjar när första benet korsar markering och avslutas när sista benet korsat markering.

Ge instruktion att inte sakta in före slutmarkering utan fortsätta förbi cirka 2 meter.

a. Hjälpmedel?

₁ Ja ₂ Nej

b. Normal/valfri hastighet 0-15 meter: _____ sekunder

c. 2 x 15 meter: _____ sekunder

d. Antal steg _____ stycken

e. Maximal hastighet (inte springa) 0-15 meter: _____ sekunder

f. 2 x 15 meter: _____ sekunder

g. Antal steg: _____ stycken

h. Dålig medverkan i momentet gångtest 2 x 15 meter

h1. Dålig medverkan av IP? ₁ Ja ₂ Nej

Om JA, berodde detta på?

h2. Balansproblem och/eller yrsel och/eller ortostatism? ₁ Ja ₂ Nej

h3. Trötthet och/eller nedsatt ork? ₁ Ja ₂ Nej

h4. Oro och/eller rädsla? ₁ Ja ₂ Nej

h5. Den fysiska miljön? ₁ Ja ₂ Nej

h6. Övrigt? ₁ Ja ₂ Nej

21. Kognitiv bedömning (Bergerskalan)

- ₀ Har ingen kognitiv nedsättning.
- ₁ Kan fungera i de flesta miljöer. De dagliga aktiviteterna påverkas/störs ofta av glömska.
- ₂ Reder sig själv, men endast i välbekant miljö
- ₃ Behöver vägledning (t ex råd, påminnelse, påpekanden, uppmuntran) för att fungera till och med i välbekant miljö. Svarar adekvat på instruktioner.
- ₄ Behöver hjälp ("handgriplig", praktisk) för att fungera. Kan inte handla enbart efter instruktioner.
- ₅ Förflyttar sig själv. Behöver hjälp med att fungera. Kan inte kommunicera verbalt på ett begripligt sätt.
- ₆ Är säng- eller rullstolsbunden. Svarar endast på beröringsstimulans.

Verksamhetsområde Geriatrik
Skånes universitetssjukhus Malmö, CRC
Jan Waldenströms gata 35
205 02 Malmö

IM 2017-11-01