

Figur 1. Norsk validert NIHSS-skjema

Pas. id											
		Mottak	Start								
NIH Stroke Scale (NIHSS)		Dato									
		Tid									
1a	Bevissthetsnivå 0 = Våken og adekvat 1 = Døs, reagerer adekvat ved lett stimulering 2 = Døs, reagerer først ved kraftigere/gjentatt stimulering 3 = Reagerer ikke, eller bare med ikke-måltrettet bevegelse										
1b	Orientering (spør om måned + alder) 0 = Riktig svar på begge spørsmål 1 = Riktig svar på ett spørsmål. 2 = Ingen riktige svar										
1c	Respons på kommando (lukke øyne + knyte hånd) 0 = Utfører begge kommandoer korrekt 1 = Utfører en kommando korrekt 2 = Utfører ingen korrekt										
2	Blikkebevegelse (horisontal bevegelse til begge sider) 0 = Normal øyebevegelse 1 = Delvis blikkparese (eller ved øyemuskelparese) 2 = Fiksert blikkdreining til siden eller total blikkparese										
3	Synsfelt (bevege fingre/fingertelling i laterale synsfelt) 0 = Normalt 1 = Delvis hemianopsi 2 = Total hemianopsi 3 = Bilateral hemianopsi / blind										
4	Ansikt (vise tenner, knipe igjen øynene, løfte øyenbryn) 0 = Normale symmetriske bevegelser 1 = Utvisket nasolabialfure, asymmetri ved smil 2 = Betydelig lammelse i nedre ansiktshavdel 3 = Total lammelse i halve ansiktet										
5	Kraft i armen (holde armen utstrakt 45° i 10 sekunder) 0 = Ingen drifting 1 = Drifter til lavere posisjon (treffer ikke underlag) 2 = Noe bevegelse mot tyngdekraften, drifter til sengen 3 = Kun små muskelbevegelser, faller til sengen 4 = Ingen bevegelse IT = Ikke testbar. Beskriv:	ve									
		hø									
6	Kraft i benet (holde benet utstrakt 30° i 5 sekunder) 0 = Ingen drifting 1 = Drifter til lavere posisjon (treffer ikke underlag) 2 = Noe bevegelse mot tyngdekraften, drifter til sengen 3 = Ingen bevegelse mot tyngdekraften, faller til sengen 4 = Ingen bevegelse IT = Ikke testbar. Beskriv:	ve									
		hø									
7	Ataksi (finger-nese-finger test / kne-hæl test) 0 = Ingen ataksi 1 = Tilstede i en ekstremitet 2 = Tilstede i to ekstremiteter IT = Ikke testbar. Beskriv:										
8	Sensibilitet (for stikk) 0 = Normal 1 = Mild til moderat utfall (kjenne stikk som mindre skarpt) 2 = Alvorlig til total utfall (også ved coma, kvadriplegisk)										
9	Språk (tale, taleforståelse, leseforståelse, benevnning) 0 = Ingen afasi 1 = Mild til moderat afasi, samtale mulig 2 = Alvorlig afasi, samtale svært vanskelig eller umulig 3 = Ikke språk (også ved coma)										
10	Dysartri (spontan tale) 0 = Ingen dysartri 1 = Mild - moderat dysartri (lett snøvlning) 2 = Nær uforståelig tale eller stum/global afasi (også coma) IT = Ikke testbar. Beskriv:										
11	Neglekt (bilateral simultan stimulering av syn og hudfølelse) 0 = Ingen neglekt (også ved hemianopsi med normal sensibilitet) 1 = Neglekt i en sansemodalitet 2 = Neglekt i begge sansemodaliteter										
Total NIHSS-Score											
eHåndbok dok-id: 16277 Nov. 2018		Undersøkerens signatur									

Veileder for utfylling av National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

Generelt:

- Gjennomfør NIHSS punktvis i angitt rekkefølge og følg instruksjonene. Ikke gå tilbake for å endre skår.
- Du skal ikke forklare/vise pasienten hva som skal gjøres, med mindre det er spesifisert i instruksjonene.
- Resultatene bør gjenspeile hva pasienten faktisk gjør, og ikke hva du tror pasienten kan gjøre.
- Der hvor ikke testbar er et alternativ, skriv IT i NIHSS skjema.

1a Bevissthetsnivå: Velg en skår dersom en fullstendig evaluering er vanskelig på grunn av f.eks. fremmedspråk, intubasjon og/eller ansiktstraume/ bandasjer som dekker ansiktet. Skår 3 velges bare dersom pasienten ikke beveger seg ved kraftig smertestimuli (annet enn refleksstyrt bevegelse). "Lett stimulering" betyr tilsnakk eller forsiktig berøring. "Kraftigere/gjentatt stimulering" betyr kraftig berøring eller smertestimuli.

1b Orientering: Spør om måned og alder. Kun nåværende måned og pasientens alder (ikke fødselsår) godtas som korrekte svar. Pasienter med afasi og nær bevisstløse pasienter som ikke forstår spørsmålene, skåres 2. Pasienter som ikke kan snakke grunnet intubasjon, ansiktstraume, alvorlig dysartri (uavhengig av årsak) eller språkbarriere, skåres 1. Kun første svar skåres, viktig at du ikke «hjelper» pasienten med verbale eller ikke-verbale hint.

1c Respons på kommando: Pasienten bes om å åpne og lukke øynene, og åpne og lukke den friske hånden. Pasienter med traumer, amputasjoner eller andre fysiske hindringer, gis tilpassede en-trinns kommandoer (nikke/rekke tunge). Forsøk uten å lykkes helt grunnet svakhet, skåres som 0. Hvis pasienten ikke reagerer på kommandoen, skal oppgaven demonstreres, og resultatet skåres. Kun første forsøk skåres.

2 Blikkbevegelse: Kun horisontale, frivillige eller refleksutløste (oculocephale) øyebevegelser skåres. Blikkdeviasjon som kan overvinnes av frivillig eller refleksstyrt aktivitet, eller isolert perifer nerveparese (CN III, IV eller VI), skåres 1. Blikkbevegelse er også testbart hos pasienter med afasi. Pasienter med tidligere øyeskade, bandasjer, blindhet eller andre lidelser med endret synsskarphet/synsfelt, bør testes med refleksbevegelser og skåres etter skjønn. Klarer ikke pasienten å samarbeide ved testing, skårer du ved å etablere øyekontakt og observerer om pasienten klarer å følge med blikket mens du beveger deg rundt sengen.

3 Synsfelt: Test øvre og nedre kvadrant i synsfelt med fingerbevegelse, fingertelling eller plutselige (truende) bevegelser inn fra siden. Klarer ikke pasienten å angi side for fingerbevegelser, men ser til riktig side, skåres dette som normalt. Ved ensidig blindhet eller fjernet øye, skåres synsfelt i det gjenværende øye. Skår 1 gis bare ved entydig asymmetri, inkludert kvadrantanopsi. Ved blindhet skåres 3. Test samtidig visuell neglekt ved å bevege fingre på begge sider samtidig. Om pasienten bare angir bevegelse på én side, skåres 1 for visuell neglekt i punkt 11.

4 Ansikt: Be pasienten vise tenner, heve øyenbryn og lukke øynene. Bruk eventuelt pantomime for å vise. Ved nedsatt bevissthet eller forståelse, skåres symmetri i grimase ved smertestimulering. Ved ansiktsskade, bandasjering, intubasjon eller andre fysiske barrierer som skjuler ansiktet, bør disse fjernes hvis mulig.

5 Kraft i armen: Armen plasseres utstrakt (håndflaten ned) til 90° (hvis sittende) eller 45° (hvis liggende). Drift skåres hvis armen synker innen 10 sekunder. Pasienter med afasi oppmuntres verbalt

eller ved pantomime til å holde armen oppe men ikke bruk smertestimuli. Hver arm testes separat, begynn med armen uten parese. Hvis arm ikke er testbar (amputasjon, avstivet skulderledd/leddprotese, brudd), beskriv årsak.

6 Kraft i beinet: Beinet plasseres utstrakt i 30 grader (testes i ryggleie). Drift skåres hvis beinet faller innen 5 sekunder. Hvert bein testes separat, begynn med beinet uten parese. Pasienter med afasi oppmuntres verbalt eller ved pantomime til å holde beinet oppe, men ikke bruk smertestimuli. Hvis beinet ikke er testbar (amputasjon, avstivet hofteladd/leddprotese, brudd), beskriv årsak.

7 Koordinasjon/ataksi: Her testes om det foreligger halvsidig skade i lillehjernen. Test med åpne øyne. Ved synsforstyrrelser, vær sikker på at test gjøres i det intakte synsfeltet. Finger-nese-finger og kne-hæl test utføres på begge sider. Ataksi skåres bare hvis det ikke kan forklares av kraftsvekkelse. Ataksi er fraværende hos pasienter som ikke forstår eller er paralytisk. Ved amputert eller fiksert ledd, skal ekstremiteten skåres som «Ikke testbar» (IT) og årsak noteres. Ved blindhet testes pasienten med finger-nese test med arm fra utstrakt posisjon.

8 Hudfølelse: Test reaksjon/grimase ved stikk (tannpirker) eller reaksjon på smertestimuli hos pasienter med afasi/påvirket bevissthet. Bare sensibilitetstap tilskrevet hjerneslaget skåres som unormal, test flere områder på kroppen (armer [ikke hender], ben, overkropp, ansikt) for å kartlegge halvsidig sensibilitetstap. Gi skår 2 bare når alvorlig eller totalt tap av sensibilitet klart påvises. Pasienter med nedsatt bevissthet og afasi vil derfor trolig skåre 1 eller 0. Pasienter med hjernestammeinfarkt med bilateralt tap av sensibilitet, skårer 2. Pasienter som ikke reagerer og er kvadriplegiske, skåres 2. Komatøse pasienter (punkt 1a = 3) skårer automatisk 2.

9 Språk/afasi: Be pasienten beskrive hva som skjer på ark 1, fortelle hvilke gjenstander som vises på ark 2 og lese setningene på ark 3. Forståelsen bedømmes etter responsen på oppgavene, i tillegg til responsen gitt i tidligere utførte deltester. Ved synstap be pasienten identifisere objekter plassert i hånden, gjenta ord og lage setninger. Pasienter som er intubert/forhindret i å snakke av andre grunner, bes om å skrive. Komatøse pasienter skåres 3. Velg en skår for pasienter med påvirket bevissthet eller nedsatt samarbeidsevne, skår 3 gis hvis pasienten er stum og ikke følger noen ettrinns kommandoer.

10 Tale/dysartri: Be pasienten lese eller gjenta ord fra ark 4. Ikke fortell hvorfor pasienten testes. Ved alvorlig afasi, vurder om artikkelasjon av spontan tale er tydelig. Pasienter som ikke kan produsere tale grunnet intubasjon eller andre fysiske barrierer, skåres som IT («Ikke testbar»). Beskriv årsak.

11 Neglekt: Neglekt kan ha blitt avdekket gjennom deltest pkt. 3 og 8. Ved alvorlig synstap som hindrer bilateral simultan stimulering og hvor hudstimuli er normal, skåres 0. Pasienter med afasi som har oppmerksomhet mot begge sider, skåres 0. Uoppmerksomhet mot rom (visuell spatial neglekt) eller egen kropp (anosognosi) kan tyde på neglekt. Neglekt skåres bare hvis det er til stede og vil derfor alltid være testbart. Komatøse skåres 2.

*Norsk validert oversettelse 2018, Vestre Viken HF og Universitetet i Sør-Øst Norge;
<https://sykepleien.no/forskning/2020/11/validert-oversettelse-av-nihss-med-kulturell-tilpasning>.*

Lenke til original dokumentet; SLAGSKALAEN:
https://www.ninds.nih.gov/sites/default/files/documents/NIH_Stroke_Scale_508C_2.pdf