

Fysioterapi vid axial spondylartrit

Fastställt av hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2020–00458) aug 2020 giltig till sept 2022

Utarbetad av dåvarande SR Reumatologi uppdaterad av RPO Reumatiska sjukdomar

Huvudbudskap

Riktlinjen omfattar diagnosgruppen axial spondylartrit (axSpA).

Fysioterapeut med erfarenhet inom reumatologi kan bistå läkaren med underlag för diagnostisering och differentialdiagnostik vid misstanke om axSpA. För personer med nydiagnostiserad sjukdom eller aktiv sjukdomsbild bör uppföljning ske inom specialistsjukvård. Syftet med de fysioterapeutiska åtgärderna är att ge patienten ökad kunskap om sjukdomen, inklusive copingstrategier, bibehålla/ förbättra fysisk funktion och kapacitet, fysisk förmåga/aktivitetsnivå, arbetsförmåga och minskad smärta hos personen. Fysioterapeuter bör även stödja och guida till regelbunden strukturerad anpassad träning då detta är en viktig del av behandling vid axSpA. Riktlinjen syftar till att säkerställa ett enhetligt fysioterapeutiskt omhändertagande och gemensamt synsätt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Förändringar sedan föregående version

Uppdatering av bilagor och bedömningsinstrument för BASDAI, BASFI, BASG och BASMI. Justering av rubrik till aktuell fackterm samt andra redaktionella justeringar.

Bakgrund

Axial spondylartrit ingår i gruppen spondylartrit (SpA), som är ett samlingsnamn för sjukdomar som karaktäriseras av inflammation i ryggradens leder och ledband och där inflammationer i perifera senfästen (entesopati) och leder (artrit) även kan förekomma.

Klassifikationskriterier för axSpA är minst 3 månaders ryggsmärta som debuterat före 45 års ålder, samt uppfyllande av något av nedanstående:

- Sakroilit vid MRT eller röntgen + ≥ 1 SpA-kännetecken (sensitivitet 66,2 %, specificitet 97,3%).
- HLA-B27 + ≥ 2 andra SpA-kännetecken (sensitivitet 82,9%, specificitet 84,4 %).

För närmare beskrivning av SpA-kännetecken, karaktäristika vid debut och symtom vid axSpA se nedan [Klassifikationskriterier för axSpA enligt Assessment of SpondyloArthritis international Society \(ASAS\)](#).

Utredning

Fysioterapeut med erfarenhet inom reumatologi kan bistå läkaren med underlag för diagnostisering och differentialdiagnostik. Fysioterapeuten bedömer rörlighet i ryggens leder generellt och specifikt (BASMI, manuella ledundersökningar, thoraxexpansion, provokationstester av bäckenleder) samt undersöker leder i övre och nedre extremitet (framför allt axlar och höfter). Dessutom bedöms hållning, muskelfunktion (uthållighet, styrka, töjbarhet), entesiter och smärta samt patientens aktivitetsnivå inklusive träningsbehov. För fysioterapeutisk bedömning och utvärdering av ankyloserande spondylit (AS) finns sjukdomsspecifika instrument som är valida och reliabla, se nedan [Bedömningsinstrument](#). Utifrån patientens problem kan det finnas anledning att utföra andra icke sjukdomsspecifika undersökningar av rörelsehinder, kondition och arbetsförmåga. Nivån av fysisk aktivitet dokumenteras enligt rekommendationer för fysik aktivitet.

Behandling

Hänsyn måste tas till patientens allmäntillstånd avseende till exempel svårare ledpåverkan och felställningar, depressioner, svårare smärttillstånd eller lung- och hjärtpåverkan. Behandlingen ska modifieras efter patientens tillstånd.

Organisationsformerna för den fysioterapeutiska verksamheten (öppenvård, slutenvård, dagvård eller reumateam) varierar mellan olika sjukhus. Hänvisar därför till lokala rutiner. Gemensamt är dock att all fysioterapeutisk behandling läggs upp utifrån det som framkommer i den fysioterapeutiska bedömningen.

Mot bakgrund av sjukdomens progredierande karaktär och för att minimera riskerna för försämring i rörelseorganen och den allmänna hälsan är det viktigt med tidig fysioterapeutisk bedömning och uppföljning. Syftet med de fysioterapeutiska åtgärderna är att ge patienten ökad kunskap om sjukdomen, inklusive copingstrategier. Att bibehålla/förbättra rörlighet, styrka, uthållighet, funktionell hållning, kondition, fysisk förmåga/aktivitetsnivå och arbetsförmåga samt minska smärta.

Då träning är en mycket viktig del i behandlingen vid axSpA och effektiv träning förutsätter kontinuitet och regelbundenhet är det viktigt att hitta träningsformer som patienten trivs med. Träningen behöver till viss del också vara sjukdomsspecifik.

Alla vuxna från 18 år och uppåt, rekommenderas att vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter i veckan. Intensiteten bör vara minst måttlig. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Muskelstärkande fysisk aktivitet bör utföras minst 2 gånger per vecka för flertalet av kroppens stora muskelgrupper. Dessa rekommendationer gäller även vid axSpA och bör därför enligt European League Against Rheumatism (EULAR) vara del av patienternas standardbehandling.

Rörlighetsträning

Specifik rörlighetsträning inriktas framför allt på extension, flexion, rotation och lateralflexionsrörelser i nacke, rygg och bröstorg. Rörlighetsträning är också viktigt i höft- och axelleder. Detta för att motverka den vanligt förekommande framåtlutade hållningen och rörelseinskränkningar i höft- och bäckenregion.

Även stretching, och då framförallt av de stora muskelgrupperna på lårets baksida, höftböjar-muskeln och bröstmuskeln rekommenderas i träningen och bör alltid utföras efter alla former av träning.

Det är också viktigt att patienten får lära sig hur man själv kontrollerar sin rörlighet, för att tidigt upptäcka rörelseinskränkningar och kunna motverka dessa. Den allmänna rekommendationen för rörlighetsträning är att utföra träningen 2–3 gånger per vecka och 4 gånger per muskelgrupp.

Styrketräning

Styrketräningens främsta syfte är att bibehålla eller förbättra hållningen genom god muskelstyrka och uthållighet. Denna träning rekommenderas 2–3 gånger/vecka. Då det inte finns specifika studier om optimal belastning vid träning gällande axSpA, ges samma rekommendation som vid reumatoid artrit, det vill säga 50–80 % av 1 repetition max (RM) för att öka styrkan och 30–40% av 1 RM för att öka uthålligheten. Den lägre belastningen kan ofta tolereras bättre av patienter med uttalad smärta.

Konditionsträning

Konditionsträning rekommenderas för att höja den fysiska prestationsförmågan, men också för att bibehålla andningsfunktion och stärka kroppens egna smärthämmande system genom endorfinfrisättning.

Konditionsträning är viktig med tanke på den ökade risken för hjärt- och kärlsjukdomar vid reumatisk sjukdom. Träningen bör utföras 3–5 gånger/vecka á 20–60 minuter på en intensitet av 55–90 % av maximal hjärtfrekvens

Oavsett träningsform rekommenderas försiktig uppstart och successiv stegring av träning. Detta för att undvika onödiga avbrott i träningen på grund av överansträngning.

Behandling och träning kan utföras individuellt eller i grupp, på land eller i bassäng. Handledd träning medför bättre effekt på ryggrörlighet och fysisk funktion än självträning.

Ergonomisk rådgivning och insatser för att öka patientens kroppskänedom utförs alltid parallellt med övriga fysioterapeutiska åtgärder.

Smärtlindring

Klinisk erfarenhet visar att smärta minskar efter träning eller fysisk aktivitet över en tid, men initialt kan specifik rörelseträning medföra ökad smärta. I kontrollerade studier har man enbart funnit svaga tecken på smärtlindring när ett individuellt träningsprogram har jämförts med ingen intervention.

Moderata effekter på smärtlindring har man noterat hos patienter som deltagit i ett 3-veckors behandlingsprogram för ineliggande patienter som innefattade bassängräning (spa-exercise) och efterföljdes av fysioterapeutledd gruppträning (ej bassäng), när det kombinerade behandlingsprogrammet jämfördes med fysioterapeutledd gruppträning (ej bassäng) som enda behandling.

TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) och akupunktur enligt allmänna behandlingsprinciper, samt värme och kyla används för smärtlindring vid axSpA.

Patientutbildning vid nydiagnostiserad sjukdom

Nydiagnostiserade är i behov av ökad kunskap om sin sjukdom och dess eventuella progress.

Kunskap om sjukdomen är en viktig förutsättning för att kunna vara aktiv i planering och genomförande av sin egen behandling och träning.

Utbildningen vid axial spondylartrit tar upp konsekvenser av sjukdomen inom områdena sjukdomslära, anatomi, ergonomi, smärta, fysisk aktivitet och arbete, samt förhållningssätt i att hantera kronisk sjukdom. Målet med utbildningen är att patienten känner sig stärkt i sin förmåga att hantera sin sjukdom (empowerment och copingstrategier).

Utbildningen genomförs i team och fysioterapeutens ansvarsområde är att informera, instruera, planera, stödja och motivera patienten när det gäller fysisk aktivitet och träning, samt att informera om smärta och smärthantering. Målsättningen med den fysioterapeutiska delen är att patienten skall känna sig motiverad till regelbunden träning, som är en viktig del i behandlingen, samt få med sig kunskap och verktyg för detta.

Patienter med stabil sjukdomsbild

I denna fas rekommenderas fortsatt träning av rörlighet, kondition och muskelfunktion för att bibehålla eller vid behov öka den fysiska prestationsförmågan.

Patienter i ett inflammatoriskt skov

Vid sjukdomsskov är det viktigt med fysioterapeutisk undersökning och bedömning, samt hjälp med instruktioner anpassade till patientens specifika behov. En ny bedömning av patientens medicinska behandling behöver ofta också göras. Ett observandum är BASDAI över 4, som indikerar hög sjukdomsaktivitet, se nedan [Bedömningsinstrument](#).

Under skov rekommenderas fortsatt fysisk aktivitet, eventuellt avlastad eller alternativ träning.

Tillstånd där specifika bedömningar och behandlingar av fysioterapeut rekommenderas:

- Nydebuterad eller nydiagnostiserad sjukdom
- Försämrad funktion gällande rygg- och nackrörlighet
- Försämrad funktion gällande perifera leder, såsom höft, knä, axlar och andra leder
- Svår entesit
- Nedsatt muskelfunktion
- Sekundära felställningar och funktionsnedsättningar

- Försämrad andningsfunktion till följd av bröstkorssengagemang
- Ökad smärta
- Brister i självständighet i egenvård, bristande kroppskänedom eller brister i sjukdomsinsikt

Uppföljning av fysioterapi vid axial spondylartrit

För personer med nydiagnostiserad sjukdom eller aktiv sjukdomsbild bör uppföljning ske inom specialistsjukvård. Efter inom specialistsjukvård genomgången relevant fysioterapeutisk insats kan patientens fortsatta träning ske genom primärvård, patientföreningar, inom friskvård eller bedrivs i egen regi och vid överenskommelse via Fysik aktivitet på recept (FaR).

Vid utvärdering används samma sjukdomsspecifika och målspecifika mätinstrument som vid bedömning. Dokumentation av dessa mätvärden sker i patientjournal och, för patienter som redan är registrerade, även i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). Även konditionsträning, muskelstyrka och andra individuella åtgärder och mål utvärderas.

Innehållsansvarig

Annelie Bilberg, överfysioterapeut specialist inom reumatologi, Med Dr, Fysioterapi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Klassifikationskriterier för axSpA enligt Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS)

Patient med ≥ 3 mån anamnes på ryggsmärta som debuterat före 45 års ålder samt

Sakroilit vid MRT eller röntgen plus ≥ 1 SpA-kännetecken eller

HLAB27 positivitet plus ≥ 2 SpA-kännetecken förutom HLAB27

SpA-kännetecken

- inflammatorisk ryggsmärta (se nedan)
- artrit
- entesit
- uveit
- daktylit
- psoriasis
- Crohns sjukdom/ulcerös colit
- bra svar på NSAID
- ärftlighet för SpA
- HLA-B27 positiv
- förhöjt CRP

Sakroilit på röntgen innebär aktiv eller akut inflammation på MRT eller definitiv sakroilit på slät-röntgen enligt New York-kriterierna.

Klassifikationskriterier för inflammatorisk ryggsmärta enligt ASAS (Minst 4 av nedanstående 5)

1. Debut före 40 års ålder
2. Smygande debut av ryggsmärta
3. Lindring av rörelse
4. Ingen lindring av vila
5. Nattdaglig smärta (som lindras när man stiger upp)

Förekommande symtom vid axial SpA

- Återkommande episoder av lågt sittande ryggsmärta
- Morgonstelhet
- Stelhet och smärta framförallt i ryggradens och bröstorgans leder
- Episodisk sidoväxlande gluteal smärta, ibland utstrålade till proximala låret.
- Smärta och stelhet (särskilt under efternatten) och morgonstelhet, vilken lindras vid rörelse
- Ökad kyfoser
- Asymmetrisk ledinflammation i perifera medelstora/stora leder framförallt i nedre extremiteter
- Entesopati (inflammation i senor och senfästen), vanligen i hälsenor, plantaraponeuros och höft/bäckenregion
- Trötthet på grund av inflammation och sömnstörande värk

Extraartikulära engagemang och sena komplikationer vid axial SpA

- Irit (inflammation i ögats regnbågshinna), vilket drabbar 25–30% av patienterna
- Inflammatorisk tarmsjukdom; Crohns sjukdom, ulcerös colit
- Aortaklaffpåverkan
- Spinal osteoporos vid lång sjukdomsduration. Ökad risk för frakturer. Instabila kotfrakturer förekommer.
- Ökad risk för kardiovaskulär sjukdom

Bedömningsinstrument

- [Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index \(BASDAI\)](#) (självskattad sjukdomsaktivitet).
- [Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index \(BASFI\)](#) (självskattad fysisk funktion).
- [Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score BAS-G](#) (självskattat välbefinnande).
- [Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index \(BASMI\)](#) (rygggrörlighet).

Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)

Målgrupp: Personer med Ankyloserande Spondylit.

Mätområde: Kroppsfunktion/Kroppsstruktur

Kommentarer: Instrumentet bör användas tillsammans med BASFI och BASG och om möjligt med BASMI för att ge en beskrivning av sjukdomskonsekvenserna på flera ICF: s nivåer.

Utformning: Sex sjukdomsspecifika frågor angående trötthet, ryggsmärta, perifer svullnad/smärta och morgonstelhet.

Instruktioner till patient: Markera enligt exempel på frågeformuläret ditt svar på samtliga frågor som gäller hur du känt dig den senaste veckan.

Instruktioner till fysioterapeut: Formuläret är avsett för självrapportering utan närmare förklaring, instruktion eller övervakning.

Poängbedömning: Ett medelvärde av svaren på fråga 5 och 6 beräknas först (medelvärde av 5 och 6= en delskala). Därefter beräknas summan av alla delskalor och divideras med 5 varvid totalscore för BASDAI blir 0–10, där 0=u.a. (anges med en decimal)

Reliabilitet/Validitet: Garrett S, Jenkinson T, Kennedy L G, Whitelock H, Gaisford P et al. A new approach to defining status in ankylosing spondylitis: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994; 21:2286-91 Waldner A, Cronstedt H, Stenström C H. The Swedish version of Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. Reliability and validity. *Scand J Rheumatol* 1999;28(suppl. 111):10-16. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R et al.

The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun;68 Suppl 2:ii 1-44.

Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)

Målgrupp: Personer med Ankyloserande Spondylit

Mätområde: Aktivitet/ delaktighet

Kommentarer: Instrumentet bör användas tillsammans med BASDAI och BASG och om möjligt med BASMI för att ge en beskrivning av sjukdomskonsekvenserna på flera ICF:s nivåer.

Utformning: Åtta frågor angående förmågan att hantera specifika dagliga aktiviteter samt två frågor angående patientens förmåga att hantera sitt dagliga liv.

Instruktioner till patient: Markera enligt exempel på frågeformuläret din förmåga den senaste veckan i samtliga aktiviteter.

Instruktioner till fysioterapeut: Formuläret är avsett för självrapportering utan närmare förklaring, instruktion eller övervakning.

Poängbedömning: Summan av alla delskalor beräknas och divideras med 10 varvid totalscore för BASFI blir 0–10, där 0=u.a. (anges med en decimal)

Reliabilitet/Validitet: Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O'Hea J. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: The development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI). *J Rheumatol* 1994; 21:2281-5. Cronstedt H, Waldner A, Stenström CH. The Swedish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. Reliability and validity. *Scand J Rheumatol* 1999;28 (suppl 111):1-9. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, Dougados M, Hermann KG, Landewé R, Maksymowych W, van der Heijde D. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun;68 Suppl 2:ii1-44.

Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BASG)

Målgrupp: Personer med Ankyloserande Spondylit

Mätområde: Delaktighet, Omgivnings-och personliga faktorer

Kommentarer: Instrumentet bör användas tillsammans med BASDAI och BASFI och om möjligt med BASMI för att ge en beskrivning av sjukdomskonsekvenserna på flera ICF nivåer.

Utformning: Två frågor om sjukdomens inverkan på det totala välbefinnandet den senaste veckan respektive halvåret.

Instruktioner till patient: Markera enligt exempel på frågeformuläret ditt svar på samtliga frågor om hur sjukdomen har inverkat på ditt totala välbefinnande den senaste veckan respektive halvåret.

Instruktioner till fysioterapeut: Formuläret är avsett för självrapportering utan närmare förklaring, instruktion eller övervakning.

Poängbedömning: Totalscore för varje BAS-G fråga är 0–10, där 0=u.a. (anges med en decimal).

Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)

Målgrupp: Personer med Ankyloserande Spondylit

Mätområde: Kroppsfunktion/Kroppsstruktur

Kommentar: Instrumentet bör användas tillsammans med BASDAI, BASFI och BAS-G för att ge en beskrivning av sjukdomskonsekvenserna på flera ICF nivåer.

Utformning: Fem objektiva mått på ledrörlighet i nacke, brösttrygg, ländrygg och höftleder.

Utrustning: Myrinmätare, Måttband, bred brits.

Utförande: Se ASAS handbook. Sieper J et al. Ann Rheum Dis. 2009 jun; 68 Suppl 2: ii1-44

Poängbedömning: Summan av alla delskalor divideras med 5 varvid en totalscore för BASM blir 0–10. Normalvärde 1,7–1,8.

Reliabilitet/ validitet: Jenkinson T, Mallorie P, Whitelock H, Kennedy LG, Garrett S et al. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis. The Bath AS Metrology Index. J Rheumatol 1994; 21:1694-8, Jones S et al. Letter. S D Jones, J Porter, S L Garrett, L G Kennedy, H Whitelock, A Calin. A New Scoring System for the Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI). J Rheumatol 1995; 22:1609. Waldner A, Cronstedt H, Stenström CH. The Swedish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. Reliability and validity. Scand J Rheumatol 1999; 28 (suppl. 111):10-16. Cronstedt H, Waldner A, Stenström CH. The Swedish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. Reliability and validity. Scand J Rheumatol 1999;28(suppl 111):1-9. van der Heijde D et al. Selection of Instruments in the Core Set for DC-ART, SMARD, Physical Therapy, and Clinical Record Keeping in Ankylosing Spondylitis. Progress Report of the ASAS Working Group. J Rheumatol 1999; 26:951-4. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, et al. The Assessment of Spondylo Arthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2009 jun; 68 Suppl 2: ii1-44.

BASDAI

Här följer några frågor om **Din upplevda sjukdomsaktivitet den senaste veckan**.
Sätt ett kryss i rutan för den svårighetsgrad som Du tycker stämmer bäst in på Dig.



1. Hur upplevde Du Din trötthet i allmänhet?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

ingen

mycket svår

2. Hur upplevde Du vanligen Din nack- rygg- och höftsmärta?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

ingen

mycket svår

3. Hur upplevde Du i allmänhet Din smärta/svullnad i andra leder än nacke, rygg och höfter?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

ingen

mycket svår

4. Hur upplevde Du vanligen Ditt obehag från områden, som ömmar för tryck eller beröring?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

ingen

mycket svår

5. Hur upplevde Du vanligen Din morgonstelhet efter uppvaknandet?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

ingen

mycket svår

6. Hur länge efter uppvaknandet varade Din morgonstelhet i allmänhet?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

0 tim

1 tim

2 tim eller mer

BAS-G

Här följer några frågor om Ditt upplevda välbefinnande.

Sätt ett kryss i rutan för den svårighetsgrad som Du tycker stämmer bäst in på Dig.

1. Markera vilken effekt sjukdomen hade på Ditt välbefinnande under den senaste veckan.

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ingen | | | | | mycket svår | | | | | |

2. Markera vilken effekt sjukdomen hade på Ditt välbefinnande under det senaste halvåret.

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ingen | | | | | mycket svår | | | | | |

BASMI- Svensk version

Bilaga 1

PROTOKOLL

persondata

| | |
|-----------|--|
| Datum | |
| Klockslag | |
| Signatur | |

| | | |
|--|-------------------|--|
| 1. Rotation halsrygg,^o | Hö | |
| | Vä | |
| | Medelvärde | |
| >85.0=0; 76.6-85.0=1; 68.1-76.5=2; 59.6-68.0=3; 51.1-59.5=4; 42.6-51.0=5; 34.1-42.5=6; 25.6-34.0=7; 17.1-25.5=8; 8.6-17.0=9; <8.5=10 (aktiv, sittande, myrinmätare) | Poäng | |

| | | |
|--|--------------|--|
| 2. Hörselgång till vägg, cm | | |
| <10=0; 10-12.5=1; 13-15.5=2; 16-18.5=3; 19-21.5=4; 22-24.5=5; 25-27.5=6; 28-30.5=7; 31-33.5=8; 34-36.5=9; >37=10 (hälar, skinkor, skulderblad så nära vägg som möjligt; raka knän, hakan in) | Poäng | |

| | | |
|--|-------------------|--|
| 3. Sidböjning, cm | Hö | |
| | Vä | |
| | Medelvärde | |
| >20.0=0; 18.0-20.0=1; 15.9-17.9=2; 13.8-15.8=3; 11.7-13.7=4; 9.6-11.6=5; 7.5-9.5=6; 5.4-7.4=7; 3.3-5.3=8; 1.2-3.2=9; <1.2=10 (hälar, skinkor, skulderblad så nära vägg som möjligt; markera dig III mot låret) | Poäng | |

| | | |
|---|--------------|--|
| 4. Avstånd mellan malleolerna, cm | | |
| >120=0; 110-119.5=1; 100-109.5=2; 90-99.5=3; 80-89.5=4; 70-79.5=5; 60-69.5=6; 50-59.5=7; 40-49.5=8; 30-39.5=9; <30=10 (aktiv abd. bilat. liggande på bred brits) | Poäng | |

| | | |
|--|--------------|--|
| 5. Modifierad Schober, cm * | | |
| >7=0; 6.4-7.0=1; 5.7-6.3=2; 5.0-5.6=3; 4.3-4.9=4; 3.6-4.2=5; 2.9-3.5=6; 2.2-2.8=7; 1.5-2.1=8; 0.8-1.4=9; <0.7=10 (markera SIPS och 10 cm ovan; raka eller böjda knän) | Poäng | |

| | | |
|---------------------------------------|--------------------|--|
| Summa poäng divideras med 5 ** | | |
| BASMI TOTALSCORE (0-10); 0=ua | Summa poäng | |

* van der Heijde et al. Instruments in AS...J Rheumatol 1999;26:951-4

** Jones S et al. Letter. A New Scoring System... J Rheumatol 1995;22:1609