

Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument

Överenskommelse om gemensamt antagna
bedömningsinstrument för arbetsterapeuter och
fysioterapeuter inom området rehabilitering
för äldre i Örebro län

Reviderad version: 2015-04-13

Mindre justeringar: 2016-03-08

Rubrik specificerande dokument	Omfattar område/verksamhet/enhet	Nästa revidering	Gäller från datum
Överenskommelse: Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument	Kommunerna i Örebro län samt Region Örebro län		11 november 2011
Upprättad av (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Beslutande organ/ansvarig för revidering	Diarienumr	Skapad/reviderad
Helena Pepa, verksamhetschef, avd för sjukgymnastik USÖ, ordförande Jenny Forsberg, sjukgymnast, Primärvården Erika Gunnarsson, MAR Karlskoga Eleonora Hjalmarsson, MAR Askersund Anette Jansson, Rehabchef, Karlskoga Lasarett Susanne Löfstedt, samordnande arbetsterapeut, USÖ	Chefsgrupp för samverkan social välfärd och vård		8 mars 2016

Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument

Överenskommelse om gemensamt antagna bedömningsinstrument för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom området rehabilitering för äldre i Örebro län

2016-03-08

Innehåll

1.	Bakgrund	5
2.	Definitioner.....	5
2.1	Rehabilitering.....	5
2.2	Specifik rehabilitering.....	5
2.3	Vardagsrehabilitering	6
2.4	Hälsoklassifikationen ICF.....	6
3.	Förteckning över valda instrument	7
3.1	Hälsotillstånd.....	8
3.1.1	Euroqol (EQ-5D)	8
3.2	Kroppsfunktion/anatomisk struktur	9
3.2.1	Mini Mental State Examination(MMSE- SR).....	9
3.2.2	Montreal Cognitive Assessment (MoCA).....	10
3.2.3	Klocktest	11
3.2.4	Kognitivt Screening Batteri (KSB).....	12
3.2.5	Alberts test	13
3.2.6	Visuell analog skala (VAS)	14
3.2.7	Abbey pain scale	15
3.2.8	Peak expiratory flow (PEF).....	16
3.3	Aktivitet	17
3.3.1	6 min gångtest (6MWT).....	17
	Bilaga till 6MWT – Borgs RPE-skala.....	18
3.3.2	10 m gångtest	19
3.3.3	Modifierad Rivermead Mobility Index (MRMI).....	20
	Bilaga till MRMI – Modifierad Rivermead Mobility Index	21
3.3.4	Antal uppresningar på 30 sekunder.....	22
3.3.5	Timed up and go (TUG)	23
3.3.6	ADL -taxonomin	24
3.3.7	Grip Ability Test (GAT)	25
3.3.8	Modifierad Motor Assessment Scale (M-MAS UAS-99) .	27
3.3.9	Bergs balansskala	28

3.4	Delaktighet	30
3.4.1	Patient-specifik funktionell skala (PSFS)	30
3.4.2	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	31
3.4.3	Falls Efficacy Scale, svensk version (FES-S)	32

1. Bakgrund

Då vårdtagare vårdas och rehabiliteras inom olika vårdnivåer och med hjälp av olika aktörer har behovet av gemensamma bedömningsinstrument blivit tydligt för att kunna följa förlopp och utvärdera insatta åtgärder. Man måste också kunna utvärdera olika domäner inom en persons funktionsförmåga och hälsa. En arbetsgrupp med företrädare från kommunerna och Region Örebro län fick uppdraget att sammanställa den första versionen av ”Rehabilitering för äldre – bedömningsinstrument” som antogs av Vilgotgruppen 2011-11-11. Det ursprungliga dokumentet har nu reviderats och i samband med det delats upp i två dokument. Dels en rapport som beskriver hur processen gick till när man tog fram sammanställningen av gemensamt antagna bedömningsinstrument. Dels en överenskommelse med de gemensamt antagna bedömningsinstrumenten. Överenskommelsen ska främst användas av arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom området rehabilitering för äldre i Örebro län. Övriga professioners bedömningsinstrument kan delvis överlappa men ingår i övrigt inte i detta dokument.

2. Definitioner

2.1 Rehabilitering

Begreppet rehabilitering avser insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, SOSFS 2008:20).

Att rehabilitera äldre människor kan ge dem livskvalitet och även vara en samhälls-ekonomisk vinst i form av lägre vårdkostnader. Att kunna utföra aktiviteter i det dagliga livet har inverkan på välbefinnandet hos äldre, liksom för människor i alla åldrar. Rehabiliteringsteamet samarbetar för att den äldre ska klara sitt vardagliga liv så bra som möjligt. Ett komplement till träning/behandling är aktivitetsskapande verksamhet, även en äldre människa har rätt till sysselsättning med meningsfulla aktiviteter. Insatserna ska stimulera egen aktivitet och eget ansvar (Holm A, Jansson M, 2001).

2.2 Specifik rehabilitering

Specifik rehabilitering är arbetsuppgifter och insatser som utförs och ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Den är relaterad till och kräver kunskap om människans normala funktioner, den aktuella sjukdomen, skadan och den behandling och träning som

utvecklar, återvinner och bibehåller funktions- och aktivitetsförmågan. Specifik rehabilitering utförs av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till undersköterska/vårdbiträde sker detta genom instruktion (Månsson M, 2007).

2.3 Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering eller allmän rehabilitering är oberoende av sjukdom och kan utföras av all personal. Arbetet utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt. Planering och utförande sker på ett sådant sätt att individen ges möjlighet att bibehålla funktions- och aktivitetsförmågan.

2.4 Hälsoklassifikationen ICF

För att kunna kommunicera om och jämföra individers hälsostatus behöver olika yrkeskategorier använda ett gemensamt språk. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting anser att man bör använda sig av gemensamma begrepp och termer och hänvisar till ICF:s språk för beskrivning av funktionstillstånd (Socialstyrelsen 2003). ICF står för ”International Classification of Functioning, Disability and Health”, på svenska ”Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa” och tillhör en familj av klassifikationer som utvecklats av WHO för att tillämpas på olika aspekter av hälsa. Klassifikationens övergripande mål är att erbjuda en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa. Hur ICF:s olika nivåer är uppdelade framgår av bilden nedan.

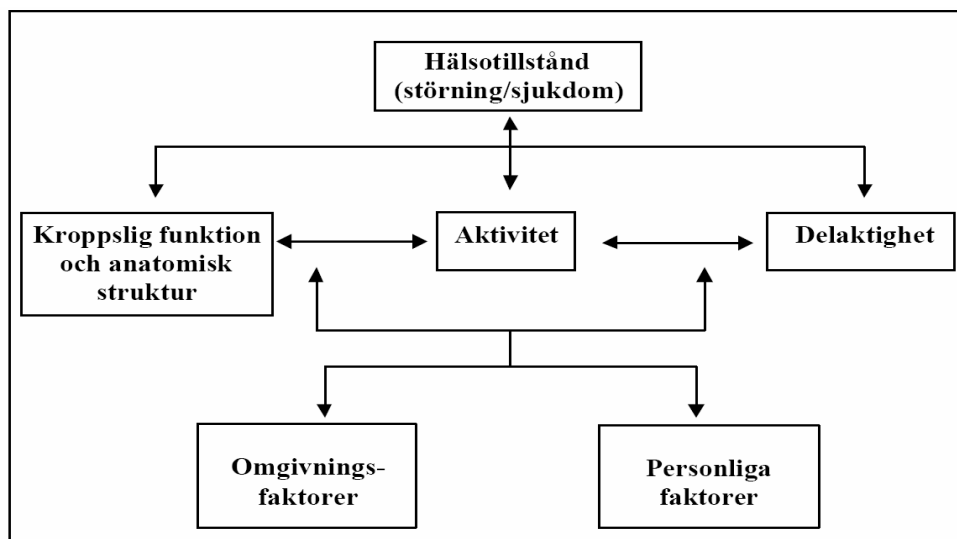


Fig 1. Schematisk bild av ICF nivåerna (bildkälla Läkartidningen)

3. Förteckning över valda instrument

Förteckningen över rekommenderade bedömningsinstrument innehåller en kortfattad beskrivning, instruktioner, referenser samt eventuellt länkar för mer material. Utgångspunkten för genomgång och redovisning av instrument har varit ICF-modellens nivåer: hälsotillstånd, kroppsfunktion/anatomisk struktur, aktivitet, delaktighet, omgivningsfaktorer och personliga faktorer. Arbetsgruppen har vid revisionen enats om totalt 21 instrument. Av dessa är 11 valda som ordinarie instrument och ytterligare 10 som tilläggsinstrument, se tabellen nedan. Kriterierna för instrumenten har varit att de ska vara generaliserbara för stora patientgrupper och praktiskt tillämpbara för olika yrkeskategorier inom rehabiliteringsområdet för äldre. De ska även klara av att användas i olika miljöer, inte kräva skrymmande eller kostsam utrustning och kunna utföras inom 15 min. Vid behov kan utvärderingsinstrument som används inom angränsande patientregister användas och vara komplement till denna förteckning.

För ytterligare information:

Palliativregistret	www.palliativ.se
Senior Alert	www.lj.se/senioralert
Riks-Stroke	www.riksstroke.org/sve/
SveDem	www.ucr.uu.se/svedem/
BPSD	www.bpsd.se/
Reumaregistret	http://srq.nu/
BOAregistret	www.boaregistret.se

	Ordinarie instrument	Tilläggsinstrument
Hälsotillstånd	EQ5D	
Kroppsfunktion/ anatomisk struktur	MMSE-SR MoCA Klocktest	KSB Alberts test VAS Abbey Pain Scale PEF
Aktivitet	6 min gångtest Uppresningar 30 sek TUG ADL-taxonomin GAT	10 m gångtest MRMI M-MAS Bergs
Delaktighet/ personliga faktorer	PSFS COPM	FES-S

Tabell 1. Valda bedömningsinstrument sorterade efter ICF-nivå.

3.1 Hälsotillstånd

3.1.1 Euroqol (EQ-5D)

Allmänt om instrumentet

Självskattningsformulär med skattning av upplevd hälsa i fem dimensioner. Är utvecklat i ett europeiskt samarbetsprojekt under 1980-talet och är nu ett väl känt och spritt instrument. Instrumentet är gratis och kan användas både som enkät eller i intervjusituation tillsammans med patienten/brukaren.

Användningsområde

Allmän befolkning, däribland äldre samt vid en mängd olika sjukdomstillstånd. Används i många kvalitetsregister, ex Swedeheart, SRQ, BOA och Riks-Stroke.

Utformning

Frågeformulär med frågor i fem dimensioner; rörlighet, egenvård, vardagliga aktiviteter, smärta och sinnesstämning, där patienten kryssar i ett av tre alternativ. Självskattning av upplevd hälsa på en visuell 20 cm vertikal skala graderad 0-100. Tidsåtgång <10 min.

Mätkvalitet

Många studier gjorda avseende såväl reliabilitet och validitet i befolkningsstudier och vid olika sjukdomstillstånd.

Övrigt

Instrumentet, manual samt övrig information finns på www.euroqol.org. Instrumentet finns översatt till en rad språk, däribland svenska.

Referenser

www.euroqol.org

The EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related Quality of life. Health Policy 1990; 16(3):199-208.

Alesii A, Mazzarella F, Mastrilli E, Fini M. The elderly and quality of life: Current theories and measurements. Goirnale Italiano di medicina del Lavoro Ed Ergonomia. 28 (3 Suppl 2).99-103; 2006 Jul-Sep.

3.2 Kroppsfunktion/anatomisk struktur

3.2.1 Mini Mental State Examination(MMSE- SR)

Allmänt om instrumentet

MMSE- SR är ett enkelt och ofta använt test som ger en grov uppskattning av olika kognitiva funktioner, t ex orientering, minne, språk och logisk-spatial förmåga.

Användningsområde

Testet utvecklades för att bedöma kognitiv förmåga hos psykiatriska patienter. Idag används det i huvudsak för test vid Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar. MMSE-SR inte är något diagnosinstrument utan ett test som mäter kognitiva funktioner och förändringar i dessa. Demenssjukdom kan inte uteslutas vid höga, ”normala” poäng. Onormalt låg poäng kan erhållas av andra orsaker än kognitiv svikt, t ex språksvårigheter, nedsatt hörsel och nedsatt allmäntillstånd. Testresultatet anses ändå ge en vägledning vid utredning av demens eller demensliknade tillstånd. MMSE-SR kan också användas för att följa patientens kognitiva utveckling över tid. Det är viktigt att förutom totalpoängen även noggrant anteckna patientens samtliga svar för en kvalitativ uppföljning. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ökar möjligheten att fånga upp förekomst av kognitiv dysfunktion om man kombinerar MMSE-SR och Klocktest.

Utformning

Testet görs genom att undersökaren ber testpersonen att bland annat besvara ett antal frågor, benämna föremål och rita av en figur. Testet tar cirka 15 minuter och bör utföras av tränad person. Resultatet anges i poäng med 30 som maxpoäng. Normalgränsen brukar sättas vid 25 poäng. Testet kan användas som en vägledning för att uttrycka graden av demenssjukdom: Mild demens 25- 20 poäng, måttlig demens 19 – 10 poäng, svår demens 9 – 0 poäng.

Mätkvalitet

Visat god reliabilitet och validitet vid bl a Alzheimers sjukdom.

Övrigt

Om testet från Svenskt demenscentrum:

<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Skattningsskalor-instrument/Mini-Mental-Test--MMT/>

<http://www.kognitivmedicin.se/index.php/ladda-ner-mmse-sr>

Referenser

Folstein et al. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res 1975;12:189-198.

Maki N et al. The validity of the MMSE and SMQ as screening tests for dementia in the elderly general population-- a study of one rural community in Japan. Dement Geriatr Cogn Disord. 2000 Jul-Aug;11(4):193-6.

3.2.2 Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Allmänt om instrumentet

Snabbt screeninginstrument för att fånga lätt kognitiv funktionsnedsättning.

Användningsområde

Utvärderar uppmärksamhet och koncentration, exekutiva funktioner, minne, språklig förmåga, visuokonstruktiva förmågor, abstrakt tänkande, räkneförmåga och orientering.

Utformning

Muntliga instruktioner och papper och penna test. Testet tar ca 10 min att utföra. Maximal poäng 30 där 26 poäng eller mer anses som normal funktion.

Mätkvalitet

Har i flera studier visat god sensitivitet och validitet.

Övrigt

Manual:

http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCA-Instructions-Swedish.pdf

Testprotokoll:

http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MOCA-Test-Swedish_2010.pdf

Referenser

<http://www.mocatest.org/references.asp>

3.2.3 Klocktest

Allmänt om instrumentet

Test av konstruktions- och abstraktionsförmåga samt tidsuppfattning.

Användningsområde

Screening för att särskilja normala äldre från individer med kognitiv försämring. Om klocktestet utförs sämre än normalt bör man gå vidare med kognitiv bedömning.

Utformning

Testet bör utföras så att man ger testpersonen en muntlig instruktion att testpersonen själv ritar urtavlan och sedan siffror och visare. Tiden som ritas in med visarna ska vara 10 minuter över 11. Tidsåtgång ca 5 min. Olika metoder för poängräkning har beskrivits. Ett vanligt sätt att poängsätta är 0-4 poäng enligt följande:

Ritar en urtavla i form av en sluten cirkel: 1 poäng

Placerar siffrorna på rätt plats: 1 poäng

Inkluderar alla rätta 12 siffrorna: 1 poäng

Placerar visarna på rätt plats: 1 poäng

Mätkvalitet

Har i flera studier visat god validitet samt reliabilitet och rekommenderas av flera författare att användas tillsammans med MMSE-SR.

Övrigt

Test från Svenskt Demenscentrum:

http://www.demenscentrum.se/Documents/Arbeta_med_demens_PDF/Skalor_instrument/Klocktestet.pdf

Referenser

Shulman et al. The challenge of time. Clock drawing and cognitive function in the elderly. J Geriatr Psychiatry 1986; 1: 135-140.

Tuokko et al. The Clock Test: a sensitive measure to differentiate normal elderly from Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. 1992; 40:579-584.

Mendez et al. Development of scoring criteria for the Clock Drawing Task in Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. 1992;40:1095-1099.

3.2.4 Kognitivt Screening Batteri (KSB)

Allmänt om instrumentet

KSB är ett relativt nytt instrument för screening av patienter med misstänkt demenssjukdom (kognitiv funktionsnedsättning).

Användningsområde

Testbatteriet kan användas inom såväl primärvård som specialistvård och kan vara ett bra alternativ när tillgång till mer kvalificerad testning, t ex via neuropsykolog saknas.

Utformning

KSB består av korta test som mäter: snabbhet och uppmärksamhet, episodiskt minne och inläring, visuospatiala funktioner, språkliga och exekutiva funktioner. Vissa av testen är också lämpade för bedömning av patientens lämplighet som bilförare.

Testet kan utföras av tränad sjukvårdspersonal (läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut etc) och tar cirka 20 minuter. Utfallet ger en god bild av individens ”kognitiva profil”.

Mätkvalitet

Utvärderingar har gjorts på normalpopulation samt på patienter med mild kognitiv funktionsnedsättning samt demens. Har där visat god specificitet och sensitivitet.

Övrigt

Manualer och instruktioner kan hämtas här:

<https://www.pfizermedica.se/material#>

<https://www.pfizermedica.se/documents/10339/31444/KSB+-+Manual+och+protokoll.pdf?version=1.0>

Referenser

Nordlund A, Pålsson L, Holmberg C, Lind K, Wallin A. The Cognitive Assessment Battery (CAB): a rapid test of cognitive domains. Int Psychogeriatr. 2011 Jan 21:1-8.

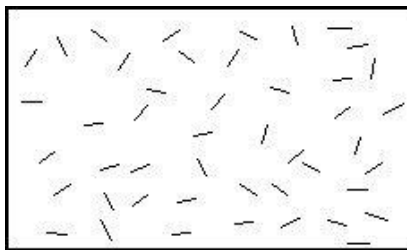
3.2.5 Alberts test

Allmänt om instrumentet

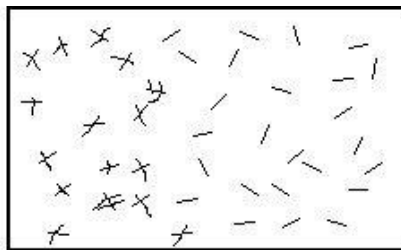
Alberts Test är ett screeningtest som publicerades redan 1973. Screenar för unilateralt spatialt neglect hos patienter med stroke. Testet har 41 linjer, varje 2 cm lång, utspridda på ett A4-ark.

Utformning

Patienten ska kryssa över alla linjer på papperet. Papperet visas mitt framför patienten, undersökaren visar mitten och höger respektive vänster kant på papperet samt pekar ut några av linjerna. Patienten ombeds att kryssa över alla linjer på papperet tills han/hon är klar. Patienter med neglect lämnar sträcken utan att korsa över på samma sida på papperet som hjärnskadnan. Tidsåtgång ca 5 minuter.



A. Albert's Test



B. Albert's Test in a patient with right-sided neglect

Antalet okorsade linjer och deras placering markeras. Om fler än 70% av de okorsade linjerna ligger på samma sida indikerar det neglect.

Mätkvalitet

Utvecklat och visat sensitivt för unilateralt neglect.

Övrigt

Utrustning: Ett A4-papper i liggande format med 41 streck. Penna.

www.strokengine.ca/assess/PDF/at.pdf

Referenser

Fullerton KJ, McSherry D, Stout RW. Albert's test: a neglected test of perceptual neglect. *Lancet*. 1986 Feb 22;1(8478):430-2.

Menon A, Korner-Bitensky N. (2004). Evaluating unilateral spatial neglect post stroke: Working your way through the maze of assessment choices. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11(3), 41-66.

Plummer P, Morris M E, Dunai J. (2003). Assessment of unilateral neglect. *Phys Ther*, 83(8), 732-740.

3.2.6 Visuell analog skala (VAS)

Allmänt om instrumentet

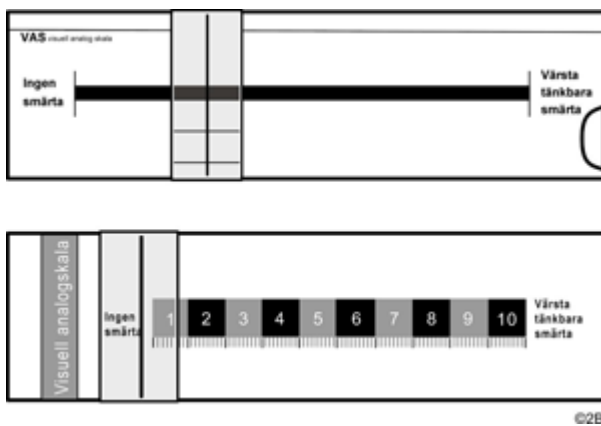
Självskattningsskala för utvärdering av smärtintensitet.

Användningsområde

Personer med smärta.

Utformning

Patienten graderar sin smärta längs en 10 cm lång, vertikal eller horisontell, linje genom att med hjälp av en markör ställa in aktuell smärtintensitet mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta). Visuell analog skala har en sida för patienten och den andra sidan för personal, med gradering för att förenkla avläsning.



Mätkvalitet

Testat för validitet och reliabilitet för användning av smärtskattning i ett stort antal studier.

Övrigt

Förmågan att skatta sin smärta själv underskattas ibland hos äldre personer. Hos den åldrande patienten måste det dock tillåtas ta mer tid med både information om smärtskattning och att utföra smärtskattningen.

Referenser

Carlsson AM. Assessment of chronic pain. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. Pain 1983; 16: 87-101.

Akbarzadeh M, Jakobsson U. Smärtbedömning hos äldre personer med kommunikationssvårigheter. Vård I Norden 2007; 86 (27):26-31.

3.2.7 Abbey pain scale

Allmänt om instrumentet

Abbey Pain Scale är ett validerat instrument och har tagits fram för att bedöma smärta hos dementa i sent palliativt skede. En auktoriserad språklig översättning av Abbey Pain Scale har gjorts och granskats av Svenska Palliativregistrets referensgrupp.

Användningsområde

för bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i tal

Utformning

Bedömningsprotokoll där en bedömare graderar. Bedömningen görs utifrån sex frågor som berör personens uttryckssätt, somatik och beteende. Varje fråga graderas utifrån fyra olika svarsalternativ. Svarsalternativen genererar en poäng från 0-3 poäng som sedan summeras. Om totalpoängen blir 1-2 bedöms personen inte ha någon smärta. Vid högre poäng indelas smärtan i mild, medelsvår eller svår.

<http://www.du.se/PageFiles/28092/AbbeyPalliativ2011Sve%5B1%5D.pdf>

Mätkvalitet

Någon svensk valideringsstudie finns för närvarande inte och i avvaktan på en sådan bedöms detta instrument vara ett av de bättre att använda just nu.

Övrigt

För att ge möjlighet till så god livskvalitet som möjligt i livets slutskede är symtom- och smärtlindring högt prioriterat. Det blir därför viktigt att tidigt upptäcka, förebygga och behandla symtom. Instrumentet kan användas även för personer med nedsatt kognition med annan genes än demens.

Referenser

Abbey J et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia International Journal of Palliative Nursing 2004; 10(1):6–13

Zwakhalen S et al. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioral pain assessment tools. BMC Geriatrics 2006, 6:3.

3.2.8 Peak expiratory flow (PEF)

Allmänt om instrumentet

Lungfunktionstest.

Användningsområde

Mätning av det högsta flödet man kan blåsa ut med. Mäts i liter/minut eller liter/sekund.

Utformning

Se till att peak-flowmätaren är nollställd. Sätt på ett pappers- eller plastmunstycke. Personen bör om möjligt sitta upp vid mätningen. Vid flera testomgångar är det viktigt att samma kroppsposition intas varje gång. Uppmana patienten att:

- andas in maximalt
- sätta in munstycket i munnen
- sluta tätt med läpparna
- blåsa ut så kraftigt och snabbt som möjligt genom munnen.

Avläs värdet på mätaren och nollställ den. Upprepa detta ytterligare två gånger. Dokumentera det högst uppnådda värdet.

Mätkvalitet

God inter- och intrabedömarreliabilitet och testat i grupper med personer över 60 års ålder.

Övrigt

Begränsad lungfunktion kan vara en begränsande faktor för funktionstillståndet och upplevd hälsa. 5-8 % av populationen har KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom), vanligare hos rökare eller fd rökare. Personer över 85 år kan ha svårt att utföra mer än två maximala utblåsningar. Referensvärden finns här:

<http://icd.internetmedicin.se/tolkning/PEF>

För personer som har svårt att klara denna metod rekommenderas saturationsmätning för att kontrollera syresättningsnivån hos patienten.



Fig. PEF-mätare

Referenser

American Thoracic Society. Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies. *Am Rev Respir Dis.* 1991 Nov; 144(5):1202-18.

3.3 Aktivitet

3.3.1 6 min gångtest (6MWT)

Allmänt om instrumentet

Instrumentet mäter cirkulatorisk förmåga samt uthållighet under gång. Ursprungligen använt för patienter med hjärt- lungsjukdom, men numera spritt även till andra grupper.

Användningsområde

Individuell bedömning eller uppföljning, men även som prediktion på individuell eller gruppnivå.

Utformning

Utföres av en testledare på en inomhus rak gångsträcka på 30 meter. Varje hel och halvmeter är markerad på vägg. Testledaren informerar patienten om att han/hon har 6 minuter på sig att gå så långt han/hon kan. Man får stanna och sedan fortsätta. Vill man avbryta innan tiden gått ut skriver man upp den sträcka som patienten då har gått. Det är viktigt att man går i sin egen takt. Patienten skattar sin ansträngning under testets gång med Borgs RPE-skala.

Mätkvalitet

Hög test-retest reliabilitet hos äldre (63 +/- 11 år) med hjärtsvikt.

Övrigt

Tidtagarur, Borgs RPE-skala. Skala som bilaga i slutet på sammanställningen.(Bil 1.)

Referenser

Cooper KH. JAMA 1968;203(3):135-138.

Guyatt GH, Sullivan MJ, Thompson PJ et al., Can Med Assoc 1985;132:919-923.

Guyatt GH, Townsend PJ, Keller J et al., Resp Med 1989;83:293-297.

Lord SR, Menz HB. Physiologic, psychologic, and health predictors of 6-minute walk performance in older people. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83:907-911.

Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L. 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. Physical Therapy 2002; 82(2):128-37.

American Thoracic Society. ATS statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. Am J Respir Crit Care Med Vol 2002; 166: 111-117.

[C:\pubmed\11579362](#)Demers C, McKelvie RS, Negassa A, Yusuf S. RESOLVD Pilot Study Investigators.

Reliability, validity, and responsiveness of the six-minute walk test in patients with heart failure. Am Heart J. 2001 Oct; 142(4):698-70.

Bilaga till 6MWT – Borgs RPE-skala

Skalan används för att skatta upplevd ansträngning. Skalan är utformad för att ge ett linjärt samband mellan skattningar av upplevd ansträngning och pulsfrekvens.

	Skattning	Kommentar
6	Ingen ansträngning alls	Vila
7	Extremt lätt	
8		
9	Mycket lätt	Som en kortare promenad i lugn takt.
10		
11	Ganska lätt	
12		
13	Något ansträngande	Du kan fortsätta utan större besvär och kan föra ett samtal.
14		
15	Ansträngande	Du är trött men kan ändå fortsätta och har svårt att föra ett samtal.
16		
17	Mycket ansträngande	Du kan fortsätta men måste ta i mycket kraftigt och känner dig mycket trött.
18		
19	Extremt ansträngande	För de flesta människor motsvarar detta den allra största ansträngning de någonsin upplevt
20		

3.3.2 10 m gångtest

Allmänt om instrumentet

Gånghastighetstest, där personen går 10 meter i självvald hastighet.

Användningsområde

Testet har stor spridning och är ej sjukdomsspecifikt. Har använts mycket inom neurologisk rehabilitering.

Utformning

Startar från stillastående. Tid tas från det personen passerar startstrecket till slutstrecket passerar. Sträckan 10 meter divideras med tiden och gånghastigheten fås. Testet görs lämpligen 3 gånger och bäst av 3 försök eller medelvärdet av dessa används. Gånghjälpmiddel är tillåtna och noteras. Tidsåtgång ca 5 min.

Mätkvalitet

Hög test-retest reliabilitet.

Övrigt

Tidtagarur och uppmätt gångsträcka.

Referenser

Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L. 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. *Physical Therapy* 2002; 82(2):128-37.

Rossier P, Wade DT. Validity and reliability comparison of 4 mobility measures in patients presenting with neurologic impairment. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 9-13.

Green J, Forster A, Young J. Reliability of gait speed measured by a timed walking test in patients one year after stroke. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16: 306-14.

Collen FM, Wade DT, Bradshaw CM. Mobility after stroke: reliability of measures of impairment and disability. *Int Disabil Studies* 1990; 12:6-9.

Oberg T, Karsznia A, Oberg K. Basic gait parameters: reference data for normal subjects, 10-79 years of age. *J Rehabil Res Dev* 1993; 30(2):210-23.

Bohannon RW. Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants. *Age Ageing* 1997; 26(1):15-9.

3.3.3 Modifierad Rivermead Mobility Index (MRMI)

Allmänt om instrumentet

Psykometriskt test utvecklat för att bedöma och utvärdera motorisk funktion och förflyttningar hos personer med stroke. Översatt till svenska och testat på Universitetssjukhuset i Örebro.

Användningsområde

Används främst inom neurologisk rehabilitering.

Utformning

Funktionsskattning av åtta motoriska funktioner och förflyttningar. Poängsätts mellan 0-5 (kan inte utföra – oberoende). Funktionerna är basala och avspeglar flera faktorer för att kunna vara självständig.

Mätkvalitet

Har visat hög interbedömarreliabilitet för personer med neurologiska sjukdomar.

Övrigt

Tillgång till trappa behövs för att utföra testet.

Testprotokoll

Bilaga 2

Referenser

Lennon S, Johnson L. The modified Rivermead Mobility Index: validity and reliability. *Disability and Rehabilitation* 2000; 22: 833-9.

Johnson L, Selfe J. Measurement of mobility following stroke: a comparison of the Modified Rivermead Mobility Index and the Motor Assessment Scale. *Physiotherapy* 2004; 90: 132–138.

Walsh JM, Barrett A, Murray D, Ryan J, Moroney J, Shannon M. The Modified Rivermead Mobility Index: Reliability and convergent validity in a mixed neurological population. *Disabil Rehabil* 2010.

Rådman L, Forsberg A, Nilsagård Y. Modified Rivermead Mobility Index: a reliable measure in people within 14 days post-stroke. *Physiother Theory Pract*. 2015 Feb;31(2):126-9

Bilaga till MRMI – Modifierad Rivermead Mobility Index

0	Kan inte utföra
1	Assistens av 2 personer
2	Assistans av 1 person
3	Behöver tillsyn eller verbal instruktion
4	Behöver hjälpmedel eller utrustning
5	Oberoende

Delmoment	Poäng
1. Vänd dig från ryggliggande till (icke-afficerad) sida. <i>Om personen vänder sig i sängen genom att dra sig över med den friska armen räknas detta som att han/ hon använder hjälpmedel.</i>	
2. (Från liggande) Sätt dig på sängkanten <i>Patienten ska instrueras om att sätta sig upp från sidliggande på icke-afficerad sida först. Att dra sig upp med frisk arm räknas som att använda hjälpmedel.</i>	
3. Sitt på sängkanten (10 sek) <i>Att använda händer som stöd räknas som hjälpmedel.</i>	
4. Res dig upp ur stolen (<15 sek) <i>Att använda händerna för att skjuta ifrån räknas som användning av hjälpmedel.</i>	
5. Stå (10 sek)	
6. Flytta dig från sängen till stolen och sen tillbaka <i>Personen ska förflytta sig åt icke-afficerad sida där stolen placerats.</i>	
7. Gå 10m på ditt vanliga sätt	
8. Gå upp och ned för trappan som du brukar <i>Att använda ledstång räknas som att använda hjälpmedel.</i>	
Summa	

© Rivermead Rehabilitation Centre, Abingdon Road, Oxford OXI 4XD.
Lennon S, Johnson L. The modified Rivermead Mobility Index 2000;22(18):833-839.

Instruktioner:

Be personen att utföra varje moment mot den icke-afficerade sidan. Patienten utför varje moment så självständigt som möjligt. Tillsyn eller verbal instruktion utesluter all fysisk kontakt. Instruktionerna får kompletteras med demonstration om det behövs.

Material: Tidtagarur, stol, säng, 10 meter gångsträcka, trappa.
Höjden på sängen justeras till 45 cm.

3.3.4 Antal uppresningar på 30 sekunder

Allmänt om instrumentet

Ett funktionstest som mäter styrka i nedre extremiteterna.

Användningsområde

Testet är inte sjukdomsspecifikt och har använts på äldre samt personer med genomgången stroke eller efter höftfraktur. Standardiserad testsituation ger möjlighet att följa förlopp eller för utvärdering efter träning.

Utformning

Patienten ska göra så många uppresningar som möjligt inom 30 sekunder med armarna korslagda över bröstkorgen. Instruera och låt patienten försöka en gång innan du testar. Om patienten inte klarar detta får man prova med handstöd. Starta tidtagningen med ”NU” och räkna antal uppresningar under 30 sekunder. Obs: patienten ska ställa sig upp till rakt stående varje gång. Testet tar ca 5 min att utföra.

Mätkvalitet

Validitetstestat för normativa data för olika grupper, bl a äldre.

Övrigt

För testet krävs stol i standardhöjd med armstöd. Ange höjd på aktuell stol. Tidtagarur behövs. Testet finns i olika versioner och denna version möjliggör utförande för personer som har svårt att resa sig och sätta sig ett visst antal gånger.

Referenser

Jones CJ, Rikli RE, Beam WC. A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. *Res Q Exerc Sport*. 1999 Jun;70(2):113-9.

Peterson MJ, Crowley GM, Sullivan RJ, Morey MC. Physical function in sedentary and exercising older veterans as compared to national norms. *J Rehabil Res Dev*. 2004 Sep; 41(5):653-8.

McCarthy EK, Horvat MA, Holtsberg PA, Wisenbaker JM. Repeated chair stands as a measure of lower limb strength in sexagenarian women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Nov;59(11):1207-12.

MacFarlane DJ, Chou KL, Cheng YH, Chi I. Validity and normative data for thirty-second chair stand test in elderly community-dwelling Hong Kong Chinese. *Am J Hum Biol*. 2006 May- Jun;18(3):418-21.

3.3.5 Timed up and go (TUG)

Allmänt om instrumentet

Testning av vardagsbalans, gång och förflyttning.

Användningsområde

Väl känt instrument och ofta använt vid bedömning av äldres funktionsförmåga. Kan användas för att identifiera personer med ökad risk att falla vid förflyttningar.

Utformning

En rörelsesekvens mäts från sittande med ryggen mot ryggstödet i karmstol (ange sitshöjd), resa sig upp, gå tre meter, vända runt, gå tillbaka och sätta sig ned. Utfallsmåttet är tid. Gånghjälpmiddel är tillåtna och noteras. Personen ska försöka resa sig utan handstöd, om det ej går notera i protokollet. Testet utförs i självvald hastighet.

Mätkvalitet

Testat vad gäller inter- och intrabedömarreliabilitet även testad vad gäller innehålls-, begrepps-, samtidig och prognostisk validitet.

Övrigt

Utrustning: Tidtagarur samt måttband för att mäta upp gångsträcka.

Referensvärden finns framtagna: mindre än eller lika med 10 sek = normal, inga problem med förflyttningar eller balans. 11-20 sek = oberoende i förflyttning utomhus/inomhus. 21-29 sek = ”grå zon”, stor variation i funktionell förmåga. Mer än 30 sekunder = hjälpberoende. Resultatet av TUG, dvs tiden anses kunna predicera fall om den överskrider ett visst värde. För friska, hemmaboende äldre anses den ligga på mer än eller lika med 14-16 sekunder.

Referenser

Podsiadlo D, Richardson S. The timed ”Up&Go”: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-148.

Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafsson Y. Attention, Frailty, and Falls: The Effect of a Manual Task on Basic Mobility. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:758-761.

Okumiya K, Matsubayashi K, Nakamura T, Fujisawa M, Osaki Y, Doi Y, Osawa T. The timed ”up & go” test is a useful predictor of falls in community-dwelling older people. *J Am Geriatric Soc* 1998;46(7):928-29.

Hansen K, Mahoney J, Palta M. Risk Factors for Lack of Recovery of ADL Independence After Hospital Discharge. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:360-365.

Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the Probability for Falls in Community-Dwelling Older Adults Using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy* 2000;80(9):896-903.

Nilsagård Y, Hammer A. Timed Up and Go – ett test i tiden. En litteraturöversikt. *Nordisk Fysioterapi* 2003;7:32-48.

3.3.6 ADL -taxonomin

Allmänt om instrumentet

ADL-taxonomin kan användas för att beskriva en persons aktivitetsförmåga.

Användningsområde

ADL-taxonomin används inom många olika områden till exempel inom äldreomsorg, Försäkringskassa, barn- och ungdomshabilitering samt för personer med olika funktionshinder. ADL-taxonomin är framtagen för att arbetsterapeuter i olika slags klinisk verksamhet ska ha en gemensam begreppsapparat för ADL-bedömning. Instrumentet kan användas som målprofil för en rehabiliteringsperiod.

Utformning

Taxonomin omfattar 12 aktiviteter inom personlig vård, boendeaktiviteter, fritidsaktiviteter och kommunikation. De sju första omfattar P-ADL (Personlig ADL) och de övriga fem I-ADL (Instrumentell ADL). Under varje aktivitet finns också ett antal delaktiviteter som är rangordnade efter svårighetsgrad. Delaktiviteterna kan bedömas efter olika aspekter som till exempel självständig, hjälpberoende eller ej aktuell.

Mätkvalitet

Testat för validitet och reliabilitet.

Övrigt

Går att beställa från Sveriges Arbetsterapeuter. (580 kr, 2016)

www.arbetsterapeuterna.se. Instrumentet är uppdaterat från tidigare utgåva och innehåller en utförlig beskrivning av taxonomin. I publikationen finns kopieringsbara ADL-formulär av original-, barn- och synversionen. ADL-taxonomin finns också att köpa som webblösning. För mer info om webblösningen eller FSAdis, kontakta ILAB på e-post: info@ilab.se telefon: 0141-20 82 90.

Det krävs ingen utbildning för att använda ADL-taxonomin utifrån manualen. Ett projekt pågår under 2014 att utarbeta en psykiatriverision. I gruppen ingår både forskare och yrkesverksamma från både kommun och landsting. Projektledare är Kajsa Lidström-Holmqvist, Örebro Universitet. En uppdaterad ADL-taxonomi, inklusive psykiatriverisionen, beräknas vara klar i början av 2016.

Referenser

Törnquist K, Sonn U. Towards an ADL Taxonomy for occupational therapists. Scand J Occup Ther 1994;1:69-76. samt åter utgiven Scand J Occup Ther 2014; 21, suppl1: 20–27

Törnquist K, Sonn U. ADL-taxonomi: en bedömning av aktivitetsförmåga. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter. 2001.

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.

Lilja M, Nygård L, Borell L The transfer of information about geriatric clients in the occupational therapy chain of care: an intervention study. Scand J Occup Ther 2000; 7:51-9.

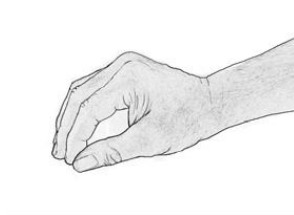
3.3.7 Grip Ability Test (GAT)

Allmänt om instrumentet

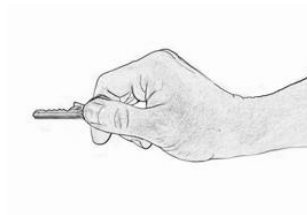
Grip Ability Test (GAT) är ett diagnosspecifikt handfunktionstest för kliniskt bruk för patienter med Reumatoid artrit. Det är en förkortad och modifierad form av Sollermans greppfunktionstest, Grip Function Test.

Användningsområde

GAT har i en studie vid Hälsohögskolan Jönköping visat sig fungera bra även vid andra diagnoser än RA, exempelvis finger- handartros. Testet omfattar följande grepp: pincettgrepp, lateralgrepp, femfingergrepp samt kraftgrepp (transversellt volargrepp).



Pincettgrepp



Lateralgrepp



Femfingergrepp



Transversellt volargrepp

Utformning

Personen sitter vid ett bord och ska utföra tre aktiviteter som kräver grov- och finmotorik. Händerna ska vara placerade på bordet. Tidtagningen startas när rörelsen på börjas och avslutas när uppgiften är slutförd. Tid tas och vardera uppgiften får max ta 60 sek.

Testet består av tre praktiska moment

1. Dra på en Flexigrip-strumpa på icke dominant hand tills att samtliga fingertoppar syns. Strumpan ska vara 25 cm lång. Kvinnor storlek D (7,5 cm) män storlek F (10cm).
2. Plocka upp ett gem (30x10 mm) från bordskivan, det får ej dras över kanten, och sätta det på ett kuvert, lägga kuvertet på bordskivan.
3. Lyfta en 1-liters vattenfylld plasttillbringare (1 liter, 110 gr) med en hand och fylla en mugg (2 dl) med vatten och ställa ner tillbringaren igen. Det är tillåtet att hålla i muggen, men inte lyfta den.

Uträkning enligt anvisning på GAT formulär. Medelvärde för friska personer är 16.5 poäng (11-20). Sämsta möjliga poäng är 276. Ju lägre värde – desto bättre handfunktion.

Mätkvalitet

Testet är reliabilitets- och validitetstestat.

Övrigt

GAT är använt ibland annat i TIRA-studien som resulterat i flera uppsatser och avhandlingar.

Referenser

Sollerman C, Ejeskär A. (1995) Sollerman Hand Function Test. *Scand. Journ. Plst. Reconstr. Hand Surg.* 1995; 29:167-176.

Bengtsson M, Berggren E-L. Grip Ability Test för patienter i handträningsgrupp, Examensarbete, Hälsohögskolan i Jönköping 2000.

Dellhag B, Bjelle A. A Grip Ability Test for use in rheumatology practice. *J Reumatol* 1995; 22: 1559-1565.

3.3.8 Modifierad Motor Assessment Scale (M-MAS UAS-99)

Allmänt om instrumentet

Då strokeenheten öppnades vid Akademiska sjukhuset i Uppsala utvecklades ett bedömningsinstrument med det ursprungliga MAS som grund. Bedömning av tonus togs bort och bedömning av den intakta sidan lades till. Det nya bedömningsinstrumentet validitets- och reliabilitetstestades och fick namnet Modifierad Motor Assessment Scale enligt Uppsala Akademiska sjukhus (M-MAS UAS). Instrumentet har sedan 1991 modifierats och utvecklats två gånger samt reliabilitets- och validitetstestats i olika studier. Idag används M-MAS UAS version 1999.

Användningsområde

För bedömning av personer med stroke eller misstänkt stroke. För att utreda endast arm-handfunktion utföres testets moduler F, G, H.

Utformning

Åtta olika motoriska aktiviteter bedöms, sex skalsteg för bedömning av utförande (0-5). Alla uppgifter ska utföras självständigt av patienten om inget annat anges. Patienten ska om möjligt bedömas på sitt bästa utförande av tre försök. Tidsåtgång 15-30 min.

Mätkvalitet

Studier har visat validitet för instrumentet i helhet som god och för armfunktion något lägre. Interbedömarreliabiliteten var god mellan vana och ovana bedömare.

Övrigt

Utrustning: Säng, pall eller stol utan armstöd (ange sitshöjd), tidtagarur, kam, glas fyllt med vatten, liten tändsticksask med tio tändstickor i, trappa.

Referenser

Carr J, Shepherd R, Nordholm L, Lynne D. Investigation of a New Motor Assessment Scale for Stroke Patients. *Physical Therapy*, 1985; 65(2):175-180.

Malouin F, Pichard L, Bonneau C, Durand A, Corriveau D. Evaluating motor recovery after stroke: Comparison of the Fugl-Meyer Assessment and the Motor Assessment Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1994; 75:1206-12.

Johansson JE, Tuvemo S. Reliabilitets- och validitetsprövning av Modifierad Motor Assessment Scale enligt Uppsala Akademiska Sjukhus. Metodikkurs för vårddyrkenas forskningsanknytning HT/VT 1991-92, Vårdhögskolan i Uppsala, 10p. (projektarbete 5p).

Barkelius K, Johansson A, Kaoken K, Lindmark B. Reliabilitets- och validitetsprövning av Modifierad Motor Assessment Scale enligt Uppsala Akademiska sjukhus-95. *Nordisk Fysioterapi* 1997; 1:121-126.

Andersson C, Clevnert M. Reliabilitetsprövning av Modifierad Motor Assessment Scale enligt Uppsala Akademiska sjukhus-99. Uppsala Universitet. HK-97. (Examensarbete 10p, C-nivå).

3.3.9 Bergs balansskala

Allmänt om instrumentet

Instrumentet är utvecklat i slutet på 1980-talet och översatt till svenska under 1990-talet. Är numera ett väl spritt utvärderingsinstrument och används både i klinik och i forskning.

Användningsområde

För underlag för analys och uppföljning av balansförmåga på individuell nivå. För prediktion av fallrisk, på individ och gruppnivå.

Utformning

Instrumentet är en skattningsskala och består av 14 uppgifter som patienten utför. Personens 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 testas. Tar max 20 min att genomföra.

Utrustning

Tidtagarur eller en klocka med sekundvisare. Linjal eller ett papper med markerade avstånd 0-5-12-15 cm. Sko eller toffel. Stol i standardhöjd med armstöd, samt en stol utan armstöd eller en säng, ange sitshöjd. Ett steg i en trappa, eller en pall med motsvarande steghöjd.

Mätkvalitet

Testad vad gäller inter- och intrabedömar reliabilitet. Testad vad gäller innehålls-, begrepps-, samtidig och prognostisk validitet.

Övrigt

Testprotokoll samt instruktioner:

http://217.198.157.139:8080/SuperContainer/RawData/cont1/B7390CCA-E2F9-42E2-8DB9-E2EC72CD2021/Bergsbalans_manual.pdf?a=1

http://217.198.157.139:8080/SuperContainer/RawData/cont2/B7390CCA-E2F9-42E2-8DB9-E2EC72CD2021/Bergsbalans_protokoll.pdf?a=1

Referenser

Berg K, Wood-Dauphinée S, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in elderly: preliminary development of an instrument. *Physiother Can* 1989;41(6):304-311.

Berg KO, Wood-Dauphinée S, Williams JI, Maki B. Measuring balance in elderly. Validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992;83(supplement 2):S7-S11.

Berg K, Wood-Dauphinée S, Williams JI. The balance scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. *Scand J Rehab Med* 1995;27:27-36.

Lundin-Olsson L, Jensen J, Waling K. Bergs balansskala, den svenska versionen av the balance scale. *Sjukgymnasten Vetenskapligt supplement* 1996;1:16-19.

Jensen J, Lundin-Olsson L, Lindmark B, Nillbarnd A, Gustafsson Y. Bergs balansskala: prövning av interbedömar reliabilitet. *Nordisk Fysioterapi* 1998;2:3-8.

Shumway-Cook A, Baldwin M, Polisaar N, Gruber W. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. *Phys Ther* 1997;77:812-819.

Wood-Dauphinée S, Berg K, Bravo G, Williams JI. The balance scale: responsiveness to clinically meaningful changes. *Can J Rehabil* 1996 Fall;10:35-50.

3.4 Delaktighet

3.4.1 Patient-specifik funktionell skala (PSFS)

Allmänt om instrumentet

Skattningsskala där patienten skattar sin upplevda förmåga att utföra en självvald aktivitet. Patienten väljer aktivitet själv och skattar hur svår den är att utföra p.g.a. sina besvär

Användningsområde

Är initialt utvecklad för patienter med rygg- och nackproblem, men testet är inte sjukdomsspecifikt och kan användas även till andra grupper.

Utformning

Patienten identifierar tre-fem aktiviteter som patienten inte kan göra eller har svårt att göra pga sina besvär. Patienten skattar graden av svårighet att utföra aktiviteten på en skala 0-10:

- 0 = kan ej utföra aktiviteten
- 10 = kan utföra aktiviteten lika bra som före skadan/sjukdomen

Skala med siffrorna 0-10. Testet tar ca 5 min att göra.

Mätkvalitet

Testad vad gäller intra-bedömar reliabilitet och test-retest reliabilitet.

Innehållsvaliditet: Aktiviteter som är viktiga för patienten väljs. Testad vad gäller samtidig och prognostisk validitet.

Övrigt

En förändring i värdering med två steg eller mer anses utgöra en klinisk relevant förändring. Testet är inte användbart för jämförelse mellan patienter eftersom patienter troligtvis väljer olika aktiviteter.

Testprotokoll:

<http://217.198.157.139:8080/SuperContainer/RawData/cont1/69CD25B1-F209-4F7B-9CEA-D91E92AF54C8/PSFS.pdf?a=1>

Referenser

Stratford PW, Gill C, Westaway MD, Binkley JM. Assessing disability and change on individual patients: A report of a patient specific measure. *Physiotherapy Canada* 1995;47(4):258-263.

Westaway MD, Stratford PW, Binkley JM. The Patient-Specific Functional Scale: Validation of its use in persons with neck dysfunction. *J Orthop Sport Phys Ther* 1998;27(5):333-338.

3.4.2 Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Allmänt om instrumentet

COPM är utvecklat i Canada och översatt till svenska av Sveriges Arbetsterapeuter. Instrumentet är en individualiserad bedömning, konstruerad för att konstatera självupplevd förändring av aktivitetsutförande över tid.

Användningsområde

COPM är ett instrument som kan hjälpa till vid bedömning, målformulering och utvärdering. Kommer att provas som en parameter i Senior Alert from 2015.

Utformning

COPM genomförs som en halvstrukturerad intervju. Personen ombeds definiera 3-5 aktiviteter i vardagen som man anser speciellt viktiga att förbättra. De aktivitetsområden man fokuserar på är personlig vård, arbete och fritid. Aktiviteterna bedöms sedan i en 10-gradig skala med avseende på hur nöjd man är (tillfredsställelse) och hur bra man tycker aktiviteterna utförs för tillfället (utförande). Vid uppföljning poängsätter personen åter varje aktivitet under utförande och tillfredsställelse.

Mätkvalitet

Instrumentet är testat för validitet och reliabilitet samt sensitivitet.

Övrigt

Beställs på forlaget@arbetsterapeuterna.se. Pris 620 kr, 2016

Ingen utbildning behövs, men bedömaren behöver ha god intervjuteknik.

Äldre personer kan ha svårt att identifiera problem och bedöma graden av problem.

Referenser

Law M, Polatajko H, Pollock N, McColl MA, Carswell A, Baptiste S. The Canadian Occupational Performance measure: Results of pilot testing. *Can J Occup Ther* 1994; 61:191-7.

Sveriges Arbetsterapeuter. Canadian Occupational Performance measure. Nacka: FSA; 1999.

Wressle E, Samuelsson K, Henriksson C. Responsiveness of the Swedish version of the Canadian Occupational performance Measure. *Scand J Occup Ther* 1999; 6: 84:9.

3.4.3 Falls Efficacy Scale, svensk version (FES-S)

Allmänt om instrumentet

Tretton aktiviteter där personen själv får skatta hur säker man man är på att kunna genomföra aktiviteterna utan att falla. Bada och duscha, hämta något ur ett skåp, gå runt huset, förbereda mat, ta sig i eller ur sängen, öppna dörren eller svara i telefonen, sätta sig upp och ställa sig upp, klä på och av sig, tvätta ansiktet, gå på toaletten.

Användningsområde

Personer med nedsatt tilltro till sin balans.

Utformning

Självskattning, skala 0-10. Inte alls säker bedöms som 0 och helt säker som 10.

Maximal poäng är 130 poäng.

Mätkvalitet

Testad vad gäller test-retest reliabilitet och homogenitet samt innehålls-, samtidig och prognostisk validitet. Resultatet visade att det rekommenderade referensvärdet för totalpoängen på FES(S) blev 124 poäng för kvinnor i åldern 65-75 år och 126 poäng för män i samma ålder. För kvinnor > 75 år ålder blev det rekommenderade referensvärdet 118 poäng och för män 105 poäng.

Övrigt

Utrustning: testprotokoll samt penna. Protokoll:

<http://217.198.157.139:8080/SuperContainer/RawData/cont1/E17E82F7-ADDF-4A78-B695-F590F3A5403D/FES.pdf?a=1>

OBS! Nytt arbete med revidering av skalan har skett inom EU (FES-I) och det finns nu översatt till svenska med 16 aktiviteter samt kort version med 7 aktiviteter.

<http://www.profane.eu.org/fesi.html>

http://www.profane.eu.org/documents/FES-I/FES-I_Swedish.pdf

Referenser

Hellström K, Lindmark B. Fear of falling in patients with stroke: a reliability study. Clin Rehabil 1999;13:509-517

Hellström K, Nilsson L, Fugl-Meyer A. Relationship of confidence in task performance with balance and motor function after stroke. Physiother Theory Pract 2001;17:55-65

Hellström K, Lindmark B, Wahlberg B, Fugl-Meyer A. Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke. A prospective investigation. J Rehabil Med 2003;35:202-207

Hellström K, Lindmark B, Fugl-Meyer A. The Falls-Efficacy Scale, Swedish version: does it reflect clinically meaningful changes after stroke? Disabil Rehabil 2002;24(9):471-481.



Postadress Region Örebro län, Regional utveckling, Box 1613, 701 16 Örebro, E-post: regionen@regionorebrolan.se
Besöksadress Eklundavägen 1, Örebro, Tel: 019-602 70 00, Fax: 019-602 70 08, Organisationsnummer: 232100-0164

www.regionorebrolan.se