



Rubrik specificerande dokument	Omfattar område/verksamhet/enhet	
<b>ÖVERENSKOMMELSE</b>	<b>Rehabilitering</b>	Sidan 1 av 31
Upprättad av (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Beslutande organ	Gäller från datum
Arbetsgrupp med representanter från landstinget och kommunerna i Örebro län Ansvarig: Helena Pepa	Vilgotgruppen	2011-11-11
Ansvarig för revidering (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Version nr	Reviderad datum
Gränssnittsgruppen	1	

## Rehabilitering av äldre - bedömningsinstrument

En sammanställning av gemensamt antagna bedömningsinstrument för arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom området rehabilitering för äldre i Örebro län

## Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b>	<b>3</b>
Rehabilitering – definition	4
Specifik Rehabilitering	4
Vardagsrehabilitering	4
Rapportering och informationsöverföring	4
Hälsoklassifikationen ICF	4
<b>Syfte</b>	<b>5</b>
<b>Metod</b>	<b>5</b>
<b>Resultat</b>	<b>6</b>
Hälsotillstånd	7
Kroppsfunction/anatomisk struktur	8
Aktivitet	15
Delaktighet	25
<b>Slutsats</b>	<b>28</b>
<b>Referenser</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>31</b>

## Bakgrund

Sedan drygt 10 år tillbaka har en strukturförändring skett i hälso- och sjukvården i hela landet med minskat antal vårdplatser och allt kortare vårdtider inom slutenvården. Stora besparingar genomfördes i Örebro län både avseende antalet vårdplatser och personal under slutet av 1990-talet. Antalet vårdplatser för rehabilitering uppskattas ha minskat till 1/3 av det antal som fanns för ca 10 år sedan vid länets sjukhus.

Inom Örebro län finns sedan 1995 en överenskommelse om ansvarsfördelning mellan landstinget och kommunerna med syfte att uppnå en sammanhållen och flexibel rehabilitering för äldre. Från slutet av 1990-talet har en strukturomvandling skett i hälso- och sjukvården genom en minskning av antalet vårdplatser vid sjukhusen. Detta har lett till att stora delar av och ibland hela rehabiliteringsbehoven efter akut fas tillgodoses i öppenvård gemensamt av kommunerna och primärvården.

En arbetsgrupp med företrädare från kommunerna och landstinget i Örebro län har på uppdrag av Gränssnittsgruppen gjort en beskrivning av aktuella förutsättningar för rehabilitering av i första hand äldre i Örebro län. I samband med detta gjordes även en översyn av överenskommelsen ”Rehabilitering av äldre – ett gemensamt ansvar från 1995. Arbetsgruppen presenterade sitt arbete i en rapport: *”Förutsättningar för rehabilitering av äldre i Örebro län; Resultat av kartläggning och förslag till utveckling”* som redovisades i Vilgotgruppen 2009-11-20. Rapporten presenterar sju utvecklingsområden där Vilgotgruppen valt att prioritera: Utveckling av gemensamma bedömningsinstrument och kvalitetsindikatorer. Uppdraget överlämnades till Gränssnittsgruppen för genomförande.

Gränssnittsgruppen utsåg en särskild arbetsgrupp för detta uppdrag. Under arbetets gång beslöts att i första hand koncentrera sig på bedömningsinstrumenten då man ansåg att utvecklingen av kvalitetsindikatorer inte rymdes inom tidsramen. Denna ändring blev förankrad i Vilgotgruppen 2010-09-17. Att utveckla kvalitetsindikatorer är ett långsiktigt arbete som kräver ett särskilt uppdrag. Att bestämma gemensamma bedömningsinstrument kan vara första steget i att utveckla kvalitetsindikatorer. På nationell nivå pågår arbete med att utveckla kvalitetsindikatorer och gruppen ville avvakta det arbetet.

Arbetsgruppens sammansättning:

Helena Pepa, verksamhetschef, Avd för sjukgymnastik USÖ, ordförande

Susanne Löfstedt, samordnande arbetsterapeut, USÖ

Jenny Forsberg, sjukgymnast/doktorand, Primärvården, samt CAMTÖ

Erika Gunnarsson, MAR Degerfors/Karlskoga/Laxå

Eleonora Hjalmarsson, MAR Askersund

Anette Jansson, Rehabchef, Karlskoga Lasarett

Margareta Hansson, Regionförbundet, Örebro

## Rehabilitering – definition

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 samhällsekonomisk 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).

## 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 sjukgymnast. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till undersköterska/vårdbiträde sker detta genom instruktion (Månsson M, 2007).

## 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.

## Rapportering och informationsöverföring

Då patienterna/personerna vårdas och rehabiliteras inom olika vårdnivåer och med hjälp av olika aktörer har behovet av gemensamma bedömningsinstrument blivit tydligt, för att man ska kunna följa förlopp och utvärdera insatta åtgärder. Det gäller också att kunna utvärdera inom olika domäner inom en persons funktionsförmåga och hälsa.

## Hälsoklassifikationen ICF

För att kunna kommunicera om och jämföra individers hälsostatus behöver olika yrkeskategorier ett gemensamt språk. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har gemensamt påtalat att olika yrkeskategoriers specifika yrkesspråk inom hälso- och sjukvården kan leda till missförstånd och risker för patienten. De 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. I WHO:s internationella klassifikationer klassificeras hälsobetingelser (sjukdomar, störningar, skador

etc.) huvudsakligen enligt ICD-10. Funktionstillstånd och funktionshinder som sammanhänger med hälsoförhållandena klassificeras enligt ICF. ICD-10 och ICF kompletterar alltså varandra.

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.

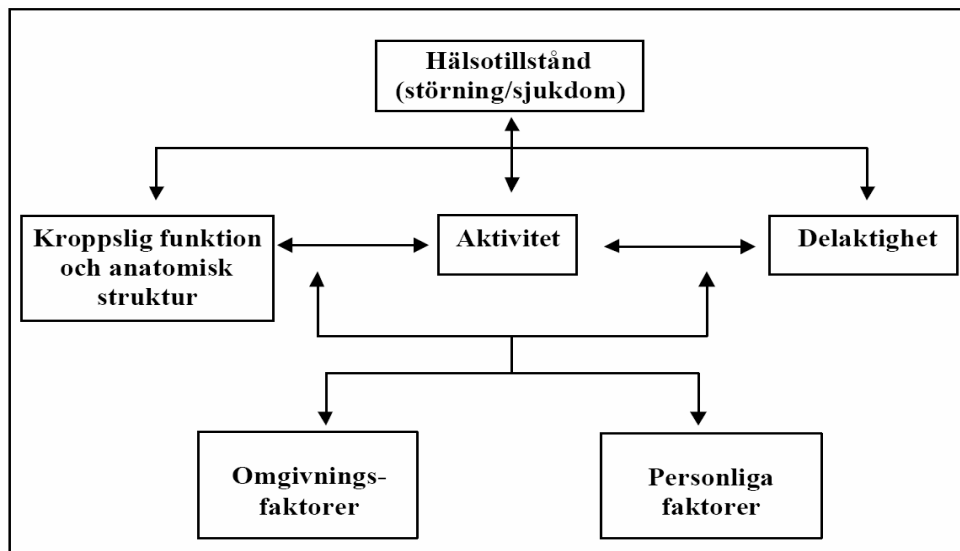


Fig 1. Schematisk bild av ICF nivåerna (Källa: [www.vardalinstitutet.net](http://www.vardalinstitutet.net) Tematiska rum).

## Syfte

Syftet är att kommunerna och landstinget tar fram gemensamma bedömningsinstrument för att främja kvalitet och patientsäkerhet inom rehabiliteringen i vårdprocessen samt ge förslag till implementeringen av dessa. Instrumenten ska i första hand riktas till gruppen äldre.

## Metod

Målet var att ta fram minst fem gemensamma bedömningsinstrument inom området rehabilitering för äldre. Instrumenten är tänkta att användas av arbetsterapeuter och sjukgymnaster i sluten/öppen/kommunal vård. Deltagarna i arbetsgruppen har gjort en muntlig inventering av vad som används idag genom att intervjua kollegor på arbetsplatsen och på nätverksträffar m.m. Arbetsgruppen har också tagit tillvara pågående arbeten och metoder som finns nationellt och regionalt. Härmed har man skaffat sig en uppfattning om vad man använder idag samt vilka ytterligare behov man har.

Efter detta har en sammanställning gjorts i arbetsgruppen enligt nedanstående arbetsordning:

- Listning av aktuella instrument.
- Genomgång av instrumentens evidens och genomförbarhet. Detta har skett med hjälp av: sökningar i Medline och andra relevanta databaser, via sökning i förteckning av mätinstrument, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund samt nyttjat det arbete som

tidigare gjorts i rapporten ”*Rehabilitering av patienter med stroke. Sammanställning av evidens för sjukgymnastiska åtgärder inom primärvården*” (Örebro läns landsting, 2010).

- Sortering av instrumenten utifrån de olika nivåerna i ICF.
- De instrument som funnits relevanta har beskrivits var och en och sedan sammanställts i tabell.
- Information om arbetet samt valda instrument till samtliga kollegor i länet via chefer, arbetsplatsträffar, informationsbrev etc. Detta för att få in kompletterande synpunkter.
- Sammanställning och förslag.
- Slutrapport

## Resultat

Utgångspunkten för genomgången och redovisningen av instrument har varit ICF-modellens nivåer: hälsotillstånd, kroppsfunction/anatomisk struktur, aktivitet, delaktighet, omgivningsfaktorer och personliga faktorer.

Arbetsgruppen har enats om totalt 20 instrument. Av dessa är 12 valda som ordinarie instrument och ytterligare åtta som tilläggsinstrument, se sammanställning sid 27. 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 att användas i olika miljöer, ej kräva skrymmande eller kostsam utrustning och kunna utföras inom 15 min.

Vid behov kan utvärderingsinstrument som används inom Senior alert eller Svenska palliativregistret vara komplement till denna förteckning. För ytterligare information: [www.palliativ.se](http://www.palliativ.se) eller [www.lj.se/senioralert](http://www.lj.se/senioralert)

# Hälsotillstånd

## **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.

### **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](http://www.euroqol.org)  
Instrumentet finns översatt till en rad språk, däribland svenska.

### **Referenser**

[www.euroqol.org](http://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.

## Kroppsfunktion/anatomisk struktur

### **Mini Mental Test (MMT)/ Mini Mental State Examination (MMSE)**

#### **Allmänt om instrumentet**

MMT (på engelska MMSE) 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. MMT 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. MMT 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 MMT 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 används även ofta till 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/>

Länk till testprotokoll <http://www.lakarhuset.com/docs/mmt-test.pdf>

#### **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.



## **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 pennatest. 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](http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCA-Instructions-Swedish.pdf)

### **Testprotokoll**

[http://www.mocatest.org/pdf\\_files/test/MOCA-Test-Swedish\\_2010.pdf](http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MOCA-Test-Swedish_2010.pdf)

### **Referenser**

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

## **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 ritat 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 MMT.

### **Övrigt**

Test från Svenskt Demenscentrum

[http://www.demenscentrum.se/Documents/Arbeta\\_med\\_demens\\_PDF/Skalor\\_instrument/Klocktestet.pdf](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.

## **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 inlärning, 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**

Upplysningar: Neuropsykolog Arto Nordlund, Minnesmottagningen, Mölndals sjukhus.

### **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.

Nordlund A et al. The Cognitive Assessment battery (CAB) – a supplement to MMSE for examination of cognitive impairment. In press.

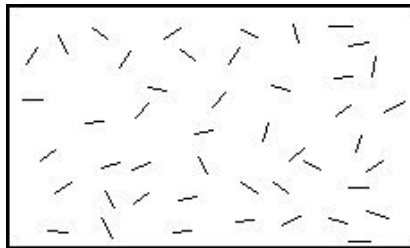
## **Alberts test**

### **Allmänt om instrumentet**

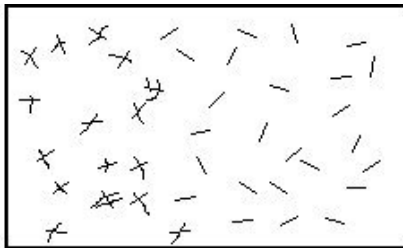
Alberts Test är ett screeningtest som publicerades redan 1973. Screenar för unilateralt spatialt neglect hos patienter med stroke. Testet har 41 linjer, varje 2 cm lång, utspridda på ett A4-ark.

### **Utförning**

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 sträckan utan att korsa över på samma sida på papperet som hjärnskadan. 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.

<http://www.medicine.mcgill.ca/strokinge-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.

## Visuell analog skala (VAS)

### Allmänt om instrumentet

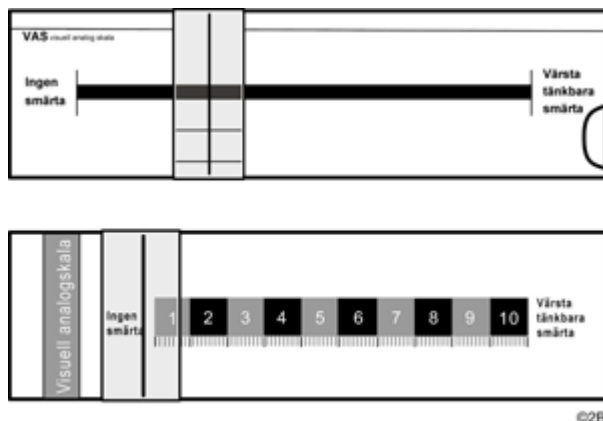
Självskattningsskala för utvärdering av smärtintensitet.

### 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.

## **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://www.allmanmedicin.se/pef.pdf>



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.

## Aktivitet

### **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 3

#### **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.

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.

## **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 startsträcket till slutsträcket passeras. Sträckan 10 meter divideras med tiden och gånghastigheten fås. Testet görs lämpligen 3 gånger och bäst av 3 försök eller medelvärdet av dessa används. Gånghjälpmedel 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.



## **Modifierad Rivermead Mobility Index (MRMI)**

### **Allmänt om instrumentet**

Psykometriskt test utvecklat för att bedöma och utvärdera motorisk funktion och förflyttningar hos personer med stroke. Utvecklat i England och testas just nu i svensk översättning av sjukgymnaster 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.

### **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.

## **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.

### **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.

## **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.

## **ADL -taxonomin**

### **Allmänt om instrumentet**

ADL-taxonomin är ett instrument som 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 FSA, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (550 kr, jan 2011) 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](mailto:info@ilab.se) telefon: 0141-20 82 90. Det krävs ingen utbildning för att använda ADL-taxonomin utifrån manualen.

### **Referenser**

Törnquist K, Sonn U. Towards an ADL Taxonomy for occupational therapists. Scand J Occup Ther 1994;1:69-76.

Törnquist K, Sonn U. ADL-taxonomi: en bedömning av aktivitetsförmåga. Nacka: Förbundet 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.

## **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**

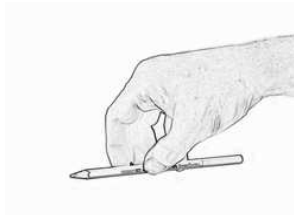
GAT har i en studie vid Hälsohögskolan Jönköping visat sig fungera bra även vid andra diagnoser än RA, exempelvis finger- handartros. Testet omfattar följande grepp: pincettgrepp, lateralgrepp, femfingergrepp samt kraftgrepp (transversellt volargrepp).



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 formlär. 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.

## **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 vårdyrkenas 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).

## **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**

Max poängsumma är 56.

### **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.



## Delaktighet

### **Patient-specifik funktionell skala (PSFS)**

#### **Allmänt om instrumentet**

Skattningsskala där patienten skattar sin upplevd förmåga att utföra en självvald aktivitet. Patienten väljer aktivitet själv och skattar hur svår den är att utföra pga 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.

#### **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 it's use in persons with neck dysfunction. *J Orthop Sport Phys Ther* 1998;27(5):333-338.

## **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**

### **Allmänt om instrumentet**

COPM är utvecklat i Canada och översatt till svenska av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA. 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.

### **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 [www.fsa.akademikerhuset.se](http://www.fsa.akademikerhuset.se) Pris ca 600 kr, 2011.

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.

Förbundet 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.

## **Falls Efficacy Scale, svensk version (FES- S)**

### **Allmänt om instrumentet**

Tretton aktiviteter om hur säker man är att genomföra dessa utan att falla bedöms av individen. Bada eller duscha, hämta något ur ett skåp, gå runt huset, förbereda mat, ta sig in eller ur sängen, öppna dörren eller svara i telefonen, sätta sig 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 p.

### **Mätkvalitet**

Testad vad gäller test-retest reliabilitet och homogenitet samt innehålls-, samtidig och prognostisk validitet.

### **Övrigt**

Kräver endast testprotokollet samt penna.

### **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 AR. Relationship of confidence in task performance with balance and motor function after stroke. Physiother Theory Pract 2001;17: 55-56.

Hellström K, Lindmark B, Fugl-Meyer AR. The falls efficacy scale; Swedish version: does it reflect clinically meaningful changes after stroke? Disabil Rehabil 2002;9: 471-481.

## Slutsats

Detta projekt har som mål att underlätta informationsöverföring mellan olika vårdgivare och för att kunna följa förlopp hos den enskilde patienten/brukaren. Arbetet har resulterat i denna förteckning över rekommenderade bedömningsinstrument med kortfattad beskrivning, instruktioner, referenser samt ev. länkar för mer material. Instrumenten är översiktligt sammanfattade i tabellen nedan.

	Ordinarie instrument	Tilläggsinstrument
Kroppsfunktion	MMT MoCA KSB	PEF VAS Alberts test Klocktest
Aktivitet	10 m gångtest 6 min gångtest TUG Uppresningar 30 sek ADL-taxonomin GAT	MRMI M-MAS UAS(armfunktion) Bergs
Delaktighet	PSFS COPM	FES
Hälsotillstånd	EQ5D	

Tabell 1. Valda bedömningsinstrument sorterade efter ICF-nivå.

### Implementering/kunskapsspridning

I all form av utvecklings- och kvalitetshöjande arbete är implementeringsprocessen av största vikt och samtidigt en stor utmaning. Det gäller att sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt arbetsgivare känner till arbetet, anser det viktigt och känner till hur och varför det ska utföras. I detta sammanhang vill arbetsgruppen trycka extra på patientsäkerhetsperspektivet – att inte information ska tappas bort, samt att utvärderingen sker systematiskt på olika vårdnivåer och med ett gemensamt språk.

Bland arbetsterapeuter och sjukgymnaster (AT och SG) finns i dagsläget en mycket varierad kännedom om och vana av att arbeta med utvärderingsinstrument. Det behövs en utbildningsinsats för att samtliga sjukgymnaster och arbetsterapeuter ska ha denna kompetens i såväl kommuner som i landstinget. För att införa detta arbetssätt krävs tid och resurser. Utbildningsinsatser kan med fördel ske gemensamt, då samsyn över vårdgivargränser kan vara en framgångsfaktor. Det finns idag en del fungerande gemensamma fora som kan nyttjas, men de är inte heltäckande.

Arbetsgruppen ser MARarna i kommunerna samt sjukgymnasterna i primärvården med särskilt uppdrag för äldre/hemsjukvård som nyckelpersoner för att stödja införandet. Inom den slutna

vården är chefer för avdelningar med AT och SG, samt personer med samordnarfunktioner viktiga.

För att underlätta införande samt användande behövs även chefers kännedom och intresse. Arbetsgruppen anser att Vilgot- och Maritgrupperna är bra informationskanaler och kan via dessa grupper nå berörda chefer.

### Samverkan med andra pågående projekt

I dagens sjukvård är mycket arbete beroende av fungerande IT-lösningar. I Örebro län arbetar just nu personer i VISAM-projektet (Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell). Arbetsgruppen ser gärna samverkan med detta projekt för att i möjligaste mån ha en samlad IT-lösning för bedömningsinstrument. Att ha pappersblanketter innebär onödigt merarbete och också en risk för att information missas eller inte förs över i alla led.

Det pågår också arbete i grupper kring regionala/lokala riktlinjer för demens och stroke. Båda dessa områden tangerar eller överlappar denna arbetsgrupps arbete och uppdrag. De olika gruppernas slutsatser och rekommendationer bör vara samstämda och inte ge divergerande budskap, vilket självklart gäller även då andra närliggande teman genomlyses.

### Tillgänglighet till materialet

Då rapporten slutförts och godkänts rekommenderas att den publiceras på OVK-sidan, <http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivarer/OVK/> liksom bedömningsinstrumenten, manualer och lämpliga länkar.

Materialet bör revideras vartannat år, eller tidigare om större förändring inom något område.

## Referenser

Dessa referenser finns för stöd till den sammanhållande texten. För bedömningsinstrumenten finns referenser angivna under respektive instrument.

”Förutsättningar för rehabilitering av äldre i Örebro län; Resultat av kartläggning och förslag till utveckling. Örebro läns landsting och Regionförbundet Örebro 2009-04-15.

”Rehabilitering av äldre – ett gemensamt ansvar” Örebro läns landsting och Regionförbundet Örebro 2005. Reviderad 2009.

”Rehabilitering av patienter med stroke. Sammanställning av evidens för sjukgymnastiska åtgärder inom primärvården” Örebro läns landsting, September 2010.

M. Pless, M. Adolfsson (2008). Hälsoklassifikationen ICF – varför, när och hur? Fysioterapi nr 1 s. 38-46.

Stibrant Sunnerhagen K. (2007) ICF – Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Vårdalsinstitutet, Stockholm.

<http://www.vardverktyget.se/wvv.exe?gk=G11K19&stat=1&det=1>

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/aldre>

<http://www.sjukgymnastforbundet.se/Sidor/Hem.aspx>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

## **Borgs RPE – skala**

Skalan är till för att skatta upplevd ansträngning.

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

	<u>Skattning</u>	<u>Kommentar:</u>
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		

