

MARI INGEMARSSON, MARTIN NILSSON, ULLA SONN  
REHABILITERING FÖR ÄLDRE – GUIDE VID VAL AV  
MÄTINSTRUMENT.  
RAPPORT FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD 2002



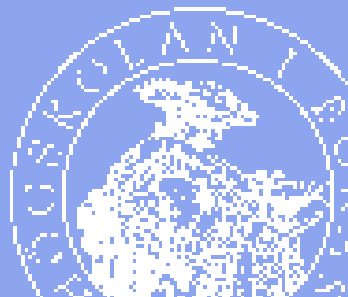
# REHABILITERING FÖR ÄLDRE

## – GUIDE VID VAL AV MÄTINSTRUMENT

---

MARI INGEMARSSON, MARTIN NILSSON, ULLA SONN

ISSN 1651-4556  
ISBN 91-85025-00-3  
Volym I Nummer 1



<b>TITEL</b>	Rehabilitering för äldre - guide vid val av mätinstrument
<b>FÖRFATTARE</b>	Mari Ingemarsson <sup>1</sup> , Martin Nilsson <sup>2</sup> och Ulla Sonn <sup>3</sup>
<b>UPPLAGA</b>	Vol 1 Nr 1 År 2002
<b>HANDLEDARE</b>	Ulla Sonn <sup>3</sup>

1. Leg. arbetsterapeut, Arbetsterapin Vårdcentrum i Ulricehamn.
2. Leg. sjukgymnast, programansvarig kommunbaserad rehabilitering inom ÄldreVäst Sjuhärad.
3. Univ. lektor, leg. arbetsterapeut, Inst. för arbetsterapi och fysioterapi vid Göteborgs universitet.

**© Författaren/Författarna**

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport - helt eller delvis - är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.

## Förord

Under våren 2002 har ÄldreVäst Sjuhärad (ÄVS) genomfört ett kvalitetsprojekt med inriktning mot rehabilitering för äldre. Inom ÄVS finns ett programområde för kommunbaserad rehabilitering och det är inom ramen för denna verksamhet som den här guiden vid val av mätinstrument i samband med rehabilitering för äldre personer har tagits fram.

De som deltagit i projektet är sammanlagt 15 arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med rehabilitering för äldre i Sjuhäradsbygden, såväl inom landsting som kommun.

Martin Nilsson, legitimerad sjukgymnast och programansvarig för kommunbaserad rehabilitering inom ÄVS, har varit projektansvarig. Ulla Sonn, universitetslektor, legitimerad arbetsterapeut, institutionen för arbetsterapi och fysioterapi vid Göteborgs Universitet har varit handledare och föreläsare under projektet och Mari Ingmarsson, legitimerad arbetsterapeut, Arbetsterapin Vårdcentrum i Ulricehamn har varit projektsekreterare.

Kompetenscentrumet ÄldreVäst Sjuhärad startade i november 1999 och är en satsning för att stödja utvecklingen inom vård och omsorg för äldre. Projektpartners inom ÄldreVäst Sjuhärad under den första programperioden är kommunerna i Sjuhärad, Västra Götalandsregionen, Högskolan i Borås, Telia Partner AB och Riksbyggen Väst. Stiftelsen FöreningsSparbanken Sjuhärad och Socialdepartementet stödjer projektet.

Målet för ÄldreVäst Sjuhärad är att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående genom att:

- Stärka och utveckla samverkansformer över organisationsgränser.
- Genomföra utvecklings- och forskningsprojekt med och för äldre och deras familjer.
- Förnya och utveckla metoder och verksamhetsformer i vård och omsorg för äldre.
- Sprida ÄldreVäst Sjuhärads forsknings- och utvecklingsresultat.
- Bidra till kunskaps- och kompetensutveckling inom äldreområdet.

Denna rapport kan beställas från:

ÄldreVäst Sjuhärad,

Högskolan i Borås 501 90 Borås.

Telefon 033 - 16 40 00 (växel)

Se även vår hemsida [www.aldrevast.hb.se](http://www.aldrevast.hb.se)

Juni 2002

Bengt-Arne Andersson, projektledare ÄldreVäst Sjuhärad

## INNEHÅLL

4	Innehåll
5	Bakgrund
6	Granskningsmall
7	ADL-Taxonomi
9	ADL-Trappan
11	Anhörigbördaskala (CBS)
12	Barthel Index
14	Bergs balansskala (The balance scale)
16	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
18	Generell bedömningsmall för motorik (GBM)
20	Katz' ADL-index
22	Min Mening
24	“Stops walking when talking” (SWWT)
25	Sunnaas ADL-index
27	Timed up and go (TUG)

## Bakgrund

Inom hälso- och sjukvården ställs det idag ökade krav på kvalitet. Den vård som erbjuds skall vara evidensbaserad, dvs det skall finnas ett vetenskapligt underlag för att den vård som bedrivs har effekt för patienten och är effektiv ur t ex kostnadssynpunkt.

Rehabiliteringsprocessen för en äldre kan innebära att individen passerar mellan olika vårdgivare och att huvudansvaret varierar beroende på vilken typ av insatser som individen har behov av. Det är då viktigt att kommunikationen mellan de olika vårdgivarna fungerar på ett tillfredsställande sätt. Ett sätt att underlätta kommunikationen är att använda sig av standardiserade instrument.

Syftet med detta projekt har varit att förbättra säkerheten för patienten vid användandet av instrument, dels genom att kommunikationen mellan olika vårdgivare kan underlättas och dels genom att dokumentationen av rehabiliteringsinsatserna innehåller standardiserade delar.

Projektet har genomförts i form av en studiecirkel som omfattat föreläsningar om professionellt bemötande, etik, formaliserade och ickeformaliserade bedömningar samt identifiering av instrument som kan användas vid bedömning och utvärdering av arbetsterapeutiska-, sjukgymnastiska- och multiprofessionella rehabiliteringsinsatser för äldre människor.

Cirkeldeltagarna, sju arbetsterapeuter och åtta sjukgymnaster från kommunala- och regionala rehabenheter i Sjuhäradsbygden, och cirkelledarna har träffats vid fyra tillfällen från januari till maj 2002.

Valda instrument har provats i den kliniska verksamheten och bedömningarna har sammanställts.

De valda instrumenten finns presenterade i föreliggande dokument. Det är inte ett normgivande dokument utan förhoppningen med sammanställningen är att det skall underlätta vid val av lämpliga instrument i den kliniska vardagen. Noteras bör att det finns ett flertal andra instrument än de som omnämns i dokumentet. Instrumenten är valda utifrån studiecirkeldeltagarnas intressen och önskemål. Varje instrument är allmänt beskrivet utifrån ett tänkt användningsområde, konstruktion, mätkvalitet samt åsikter som framkommit vid användandet av instrumentet.

## Granskningsmall

**Instrumenten är beskrivna utifrån följande mall:**

### Allmänt om instrumentet

- Vem har utvecklat instrumentet och för vilken yrkeskategori?
- Kort beskrivning av instrumentet

### Användningsområde

- Ändamålet med instrumentet
- Vilken målgrupp kan instrumentet användas på
- Vägledande vid behandlingsplan/behandlingsmål
- Deskriptivt (beskrivande)
- Evaluerande (utvärderande)
- Prediktivt (förutsäggande)

### Konstruktion

- Manual
- Vad mäter instrumentet aktivitetsförmåga eller på funktionsnivå
- Definitioner av begrepp som används
- Skalkonstruktion: nominal, ordinal, intervall, kvot
- Utrustning

### Mätkvalitet

- Reliabilitet: Hursäkert och noggrant instrumentet mäter det som det avser att mäta oberoende av vem som mäter
- Validitet: Hur väl instrumentet mäter det koncept det avser att mäta
- Sensitivitet: Hur känsligt instrumentet är för att upptäcka förändring

### Övrigt

- Krav på utbildning
- Klinisk användbarhet
- Administrering
- Reflektioner som framkommit under studiecirkeln

### Referens

- Refererade artiklar

## **ADL-Taxonomin**

### **Allmänt om instrumentet**

Instrumentet är utvecklat av arbetsterapeuter och för arbetsterapeuter (1). Det omfattar tre begreppsnivåer: aktivitetsområde-aktiviteter-delaktiviteter. ADL-taxonomin omfattar tolv basaktiviteter inom personlig vård och boende. Varje basaktivitet är indelad i ett antal delaktiviteter (2).

Instrumentet går att beställa från FSA, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2).

### **Användningsområde**

Instrumentet används av arbetsterapeuter för att beskriva en individs aktivitetsförmåga. Bedömaren har möjlighet att välja vilka aktiviteter som kan vara relevanta att bedöma. Bedömningen ger underlag för analys av aktivitetsförmåga, målformulering och utvärdering. ADL-taxonomin är deskriptiv och evaluerande. ADL-taxonomin utvecklades först för att användas på individnivå men kan nu också användas på gruppnivå där varje aktivitet bedöms var för sig (3). Instrumentet bygger på en arbetsterapeutisk referensram och knyter an till arbetsterapeuternas yrkesspråk och ger en struktur och gemensam terminologi vid överrapportering (4).

### **Konstruktion**

Begrepp som används är definierade i manualen. Instrumentet kan fånga upp olika dimensioner av individens förmåga t ex vad den kan, gör och vill göra. Bedömningen görs genom observation eller intervju utifrån valda aktiviteter. Bedömningen kan dokumenteras i ett cirkeldiagram eller på en bedömningsblankett i ordinalskala (2).

### **Mätkvalitet**

Instrumentet har testats för validitet och reliabilitet och studier pågår för fortsatt prövning (2).

### **Övrigt**

Instrumentet är enkelt att använda. Tiden varierar beroende på antal valda aktiviteter (reflektion från studiecirkeln). Det finns även en ADL-taxonomi Barnversion och en version av ADL-taxonomi att användas för personer med synnedsättning (2).

**Referens:**

1. Törnquist K, Sonn U. Towards an ADL Taxonomy for occupational therapists. *Scand J Occup Ther* 1994;1:69-76.
2. Törnquist K, Sonn U. ADL-taxonomi: en bedömning av aktivitetsförmåga. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. 2001.
3. Sonn U, Törnqvist, Svensson E. The ADL Taxonomy – from individual categorical data to ordinal categorical data. *Scand J Occup Ther* 1999;6:11-20.
4. 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.



## **ADL-Trappan**

### **Allmänt om instrumentet**

ADL-Trappan är utvecklad av en läkare och en arbetsterapeut 1990. Instrumentet omfattar tio aktiviteter; städning, matinköp, transport, matlagning, badning, av/påklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens, födointag. De sex sista aktiviteterna är identiska med Katz' ADL-index (1). Bedömningen avser en skattning av om personen utför aktiviteten självständigt eller använder personlig hjälp. Med personlig hjälp avses aktiv hjälp, påminnelse eller tillsyn (1,2).

Instrumentet är inte yrkesspecifikt utan kan användas av olika yrkeskategorier (1,2).

### **Användningsområde**

ADL-Trappan är prediktiv, deskriptiv och evaluerande. Instrumentet är lämpligt att använda för ett flertal diagnoser och åldrar. I klinisk verksamhet kan ADL-Trappan användas vid bedömning av individens aktivitetsnivå och behov av hjälp. ADL-Trappan ger en vägledning om vårdtidens längd och om kommande rehabiliteringsbehov. Den kan användas vid biståndsbedömning, vårdplanering och i en vårdkedja. Instrumentet ger vårdpersonalen ett gemensamt språk för ADL-förmåga. ADL-Trappan kan användas på individ- eller gruppnivå. Instrumentet har använts för en populationsstudie av äldres aktivitetsförmåga (2-4).

### **Konstruktion**

Begrepp som används är definierade i manualen. Bedömningen görs genom observation eller intervju. Varje aktivitet bedöms i tre skalsteg: oberoende, delvis beroende, beroende. Därefter klassas delvis beroende antingen till beroende eller till oberoende, vilket framgår av manualen. Resultatet kan sedan sammanfattas i ADL-steg (0-10), där ADL-steg 0 betyder oberoende av hjälp vid alla tio aktiviteter och ADL-steg 10 är beroende vid samtliga aktiviteter. De som är beroende vid minst två eller flera aktiviteter men inte hänförliga till ADL-steg 0-10 benämns som övriga (Ö). Ö skall ej överstiga 5 procent av samtliga bedömningar för att resultaten ska anses tillförlitliga (1).

### **Mätkvalitet**

ADL-Trappan är testad för validitet och reliabilitet (2,4).

**Referens:**

1. Hulter Åsberg K. ADL-Trappan. Lund; Studentlitteratur: 1990.
2. Sonn U, Hulter Åsberg K. Assesment of activities of daily living in the elderly. A study of a population of 76-years-olds in Gothenburg, Sweden. Scand J Rehab Med 1991;23:187-91.
3. Sonn U, Hulter Åsberg K, Hultin G, Mellström D, Zetterberg C. ADL-förmågan förutsäger vårdtiden. Läkartidningen 1994;34:2962-3.
4. Sonn U, Grimby G, Svanborg A. Activities of daily living studied longitudinally between 70 and 76 years of age. Disabil Rehabil 1996;18:91-100.

## **Anhörigbördaskala (CBS)**

### **Allmänt om instrumentet**

Anhörigbördaskalan (Caregiver's Burden Scale) är en skala som avser att uppskatta anhörigas subjektiva upplevda belastning. CBS är översatt av en svensk läkare och medarbetare 1996 (1).

Instrumentet är inte yrkesspecifikt. Det kan rekvideras från konstruktören (1).

### **Användningsområde**

I klinisk verksamhet kan CBS användas för att beskriva situationen hos anhöriga till kroniskt sjuka personer. Patientgrupperna kan vårdas inom olika vård- och boendeformer såsom boende i eget hem, gruppboende, dagvård, akutkliniker. Instrumentet är deskriptivt. Det har använts i studie där man ville ta reda på anhörigas upplevelse av att vårda sin anhörige som drabbats av en stroke. Instrumentet kan användas på individ/gruppnivå (1,2).

### **Konstruktion**

Begrepp som används är inte definierade i manualen. Språket i enkäten är skrivet på ett enkelt sätt och ord som används är vanligt förekommande i det svenska språket. Bedömningen görs genom ett frågeformulär som består av 22 frågor. Varje fråga skattas i fyra skalsteg: Nej inte alls, Nej knappast, Ja i viss mån, Ja i hög grad. De 22 frågorna är indelade i fem dimensioner, nämligen allmän belastning, isolering, besvikelse, emotionell påverkan och miljö. Varje dimension sammanställs var för sig (1).

### **Mätkvalitet**

Instrumentet är testat för reliabilitet (1).

### **Referens:**

1. Elmståhl S, Malmberg B, Annerstedt L. Caregiver's Burden of patients 3-years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. Arch Phys Med Rehabil 1996;77:117-82.
2. Samuelsson A-M, Annerstedt L, Elmståhl S, Samuelsson S-M, Grafström M. Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia suffers. Scand J Caring Sci 2001;15:25-33

## **Barthel Index**

### **Allmänt om instrumentet**

Barthel Index utvecklades 1965 (1). Instrumentet omfattar tio variabler: födo-intag, uppresning till sittande på säng, förflyttning säng - rullstol t o r, personlig hygien, till och från toalettstol, badning, köra rullstol alt. gå på plan yta, gå uppför och nerför trappa, på- och avklädning, kontroll av tarm och urin.

Instrumentet är inte yrkesspecifikt (1).

### **Användningsområde**

I klinisk verksamhet kan det användas för att beskriva en persons hjälp-beroende och för att följa förändring över tid. Instrumentet är deskriptivt, evaluerande och prediktivt. På gruppnivå kan det användas vid uppföljning av olika patientgrupper eller för att utvärdera olika behandlings- och vård-insatser (2-4). Barthel Index har utnämnts till Gold-Standards och många ADL-instrument som tillkom under 1970-talet är variationer av samma tema (2,3). Instrumentet används också för att dela in patienter med stroke i mild (50 to 100 points), moderate (15-45 points) and severe (0-10 points). Denna indelning baseras på the Stroke Unit Trialists' Collaboration (5).

### **Konstruktion**

Begrepp som används är definierade i manualen. Bedömningen görs genom observation. Varje variabel bedöms med poängsättning som indikerar vad patienten klarar självständigt. Skallstegen är varierande för de olika aktiviteterna. Värdena summeras i en intervallskala från 0-100. 100 poäng innebär att patienten är självständig i alla tio aktiviteterna (1).

### **Mätkvalitet**

Instrumentet är testat för reliabilitet, validitet (2).

**Referens:**

1. Mahoney FI, Bahrrel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
2. Törngquist K, Lövgren M, Söderfeldt B. Sensitivity, specificity and predictive value in Katz's and Barthel's indices applied on patients in long term nursing care. *Scand J Caring Sci* 1990;4:99-106.
3. Wade D, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability. *Int Disabil Stud* 1999;10:64-7.
4. Fagerberg B, Claesson L, Gosman-Hedström G, Blomstrand C. Effect of acute stroke unit care integrated with care continuum versus conventional treatment: a randomized 1-year study of elderly patients: the Göteborg 70+ Stroke Study. *Stroke* 2000;31:2578-84.
5. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford, UK: Update Software.

## **Bergs balansskala** (The balance scale)

### **Allmänt om instrumentet**

Instrumentet är utvecklat av en sjukgymnast och medarbetare 1989 (1) och är översatt till svenska 1996 (2). Bergs balansskala är en skattningsskala för bedömning av balansförmåga. Den mäter om personen kan bibehålla en position och samtidigt göra en viljemässig rörelse (1,2).

Instrumentet är inte yrkesspecifikt (1,2). Instrumentet kan fås genom Lillemor Lundin-Olsson (2).

### **Användningsområde**

I klinisk verksamhet kan det användas för att undersöka en individs balansförmåga. Bedömningen ger underlag för analys av balansförmåga, målformulering och utvärdering. Bergs balansskala är deskriptiv, evaluerande och prediktiv. Instrumentet kan användas på individ- eller gruppnivå. Det har bland annat använts vid studier av äldre personers fallrisk och balans (3).

### **Konstruktion**

Begrepp som används är definierade i manualen. Instrumentet mäter balans i 14 moment. Den utrustningen som behövs är: tidtagarur eller klocka med sekundvisare, linjal eller annat föremål markerat med noll-läge samt 5, 12, 25 cm, sko eller toffel, stol i standardhöjd med armstöd samt en stol utan armstöd eller säng, ett trappsteg eller en pall med motsvarande steghöjd. Bedömningen görs genom observation. Varje moment poängsätts med en femgradig ordinalskala (0-4 poäng) med avseende på självständighet, säkerhet, tid och avstånd. Den maximala poängen är 56. För personer som får en poängsumma mindre än 46 poäng finns en ökad risk att falla flera gånger inom ett år (3). När skalan används av flera bedömare för att utvärdera eller följa ett förlopp skall inte några enstaka poängs skillnad i totalpoäng tolkas som en säker skillnad i patientens funktionsnivå. Resultatet kan sammanställas på ett formulär där man kan jämföra mätningar över tid (4).

### **Mätkvalitet**

Skalan är testad för validitet, reliabilitet och sensitivitet (4).

### **Övrigt**

Testproceduren kräver endast enkel utrustning och tar 10-20 minuter att genomföra (reflektion från studiecirkeln).

**Referens:**

1. Berg K, Wood-Dauphinée S, Williams J I, Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiother Can* 1989;41:304-11.
2. Lundin-Olson L, Jensen J, Waling K. Den svenska versionen av The Balance Scale. *Sjukgymnasten: Vetenskapligt supplement* 1996;(1):16-9.
3. Bogle Thorbahn LD, Newton RA. Use of the Berg Balance Test to predict falls in the elderly persons. *Phys Ther* 1996;76:576-83.
4. Jensen J, Lundin-Olsson L, Lindmark B, Nillbrand A, Gustafson Y. Bergs balansskala: Prövning av interbedömarreliabilitet. *Nordisk fysioterapi* 1998;2:3-8.

## Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

### Allmänt om instrumentet

Instrumentet är utvecklat av kanadensiska arbetsterapeuter och är avsett för arbetsterapeuter (1). Den svenska översättningen och bearbetningen ges ut av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2). COPM är ett klientcentrerat instrument och används för att identifiera aktivitetsproblem. Det mäter även patientens uppfattning om sin förmåga att utföra aktiviteter (1-2).

### Användningsområde

I klinisk verksamhet kan COPM användas vid bedömning, målformulering och vid utvärdering. COPM är deskriptivt och evaluerande (1-2).

### Konstruktion

Begreppsomvänds är identifierade i manualen. Bedömningen genomförs som en semi-strukturerad intervju utifrån COPM-formuläret. COPM genomförs i fyra steg:

STEG 1: Patienten identifierar de aktivitetsproblem han vill, behöver och förväntas utföra inom aktivitetsområdena ADL, arbete och fritid.

STEG 2: Värdering/skattning av betydelsen att kunna utföra identifierade aktivitetsproblem. Skattning görs på en skala 1-10 där 1 betyder "inte alls viktig" och 10 är "extremt viktig". Poäng anges för varje aktivitetsproblem och personen väljer ut högst fem av de identifierade aktivitetsproblemen.

STEG 3: Poängsättning för varje identifierat aktivitetsproblem. Personen gör en skattning av hur han utför aktiviteten samt hur nöjd han är med det sätt som han kan utföra aktiviteten på. För skattning av utförande och tillfredsställelse används en skala 1-10 där 1 betyder "kan inte alls utföra den" eller "inte nöjd alls" och 10 är "kan utföra den extremt bra" eller "extremt nöjd". Totalpoäng för utförande fås genom att summera siffrorna för utförande delat med antal identifierade problem. På samma sätt kan poäng för tillfredsställelse räknas ut. De totala värdena summeras och fylls i COPM formuläret.

STEG 4: Uppföljning. Vid lämplig tid efter inledande bedömning och den arbetsterapeutiska interventionen görs en ny skattning av utförande och tillfredsställelse och den totala poängsumman från mättillfälle 1 subtraheras med summan som fås vid mättillfälle 2. Denna beräkning ger ett mått på total förändring i utförande eller tillfredsställelse (2). Om poängsumman förändras med två poäng eller mer vid uppföljning har det en klinisk relevans och mäter en sann förändring (3).



**Mätkvalitet**

COPM är testat för validitet, reliabilitet och för sensitivitet (1-3).

**Övrigt**

Arbetsterapeuten bör ha en god intervjuteknik. Patienten måste kunna kommunicera (2). Äldre kan ha svårt att identifiera problem och bedöma graden av problem. Utbildning ej nödvändig men underlättar (reflektion från studie-cirkeln).

**Referens:**

1. 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.
2. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Canadian Occupational Performance Measure. Nacka: FSA; 1999.
3. Wressle E, Samuelsson K, Henriksson C. Responsivness of the Swedish version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Scand J Occup Ther* 1999;6:84-9.

## **Generell bedömningsmall för motorik (GBM)**

### **Allmänt om instrumentet**

GBM är utvecklat av svenska sjukgymnaster och för sjukgymnaster 1997 (1). GBM är en objektiv observation av motoriska funktioner och förmågor samt med en kvalitativ del, där individen skattar sin upplevelse av smärta och otrygghet när han utför de motoriska momenten.

Instrumentet kan rekvideras från sjukgymnastikavdelningen länsgeriatriska kliniken Uppsala (1).

### **Användningsområde**

Instrumentet används av sjukgymnaster för att beskriva en individs motoriska funktioner och förmågor. Bedömningen ger underlag för analys av motoriska funktioner och förmågor, vid målformulering och utvärdering. Det kan även underlätta kommunikationen mellan teammedlemmar. GBM är deskriptivt och evaluerande. Det kan användas på individ eller gruppnivå (1).

### **Konstruktion**

De begrepp som används är definierade i manualen. Bedömningen omfattar 21 olika motoriska funktioner/förmågor som är indelade i tre huvudgrupper, nämligen lägesförändring, förflyttning och arm/handfunktion. Lägesändringar och förflyttningar bedöms utifrån tre aspekter: observerat hjälpberoende, självrapporterad smärta och självrapporterad otrygghet. Arm-hand-funktioner bedöms utifrån de två första aspekterna. Poängsättningen är sådan att 0 anger att patienten är oberoende av hjälp samt är smärtfri och trygg. Ju mer hjälpberoende, smärta och otrygghet desto högre poäng. Poängsumman för hjälpberoende kan maximalt uppgå till 34 poäng, för smärta till 21 poäng och för otrygghet till 11 poäng. Detta medför att den totala poängsumman maximalt kan uppgå till 66 poäng. Skalan är enligt författarna att betrakta som en ordinalskala. Bedömningen görs genom observation och om funktionen ej är möjlig att observera gör sjukgymnasten en skattning. Den utrustning som krävs är: en säng, en karmstol och ett papper. Personen får använda förflyttningshjälpmedel som denne är van vid. Sammanställning görs på samma blankett som används vid bedömningen (1).

### **Mätkvalitet**

Instrumentet är testat för reliabilitet och validitet (1).

**Övrigt**

Personen kan ha svårt att skatta aspekten ”självrapporterad otrygghet”. Manualen gav ej tillräcklig vägledning hur sjukgymnasten skulle göra skattningen när observation ej var möjlig men i det stora hela ett användbart instrument att använda som screening vid in/utskrift (reflektion från studiecirkeIn).

**Referens:**

1. Hansten L, Åberg AC, Lindmark B. Generell bedömningsmall för motorik. Prövning av en mall avsedd för bedömning av patienter inom geriatrisk rehabilitering. Nordisk fysioterapi 1997;1:82-90.

## **Katz' ADL-index**

### **Allmänt om instrumentet**

Katz' ADL-index är utvecklat av en läkare och medarbetare 1963 (1) och är översatt till svenska (2). Instrumentet omfattar sex aktiviteter; badning, av/påklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och födointag. Bedömningen avser en skattning av om personen utför aktiviteten självständigt eller använder personlig hjälp. Med personlig hjälp avses aktiv hjälp, påminnelse eller tillsyn.

Instrumentet är inte yrkesspecifikt utan kan användas av olika yrkeskategorier (1,2).

### **Användningsområde**

I klinisk verksamhet kan Katz' ADL-index användas som underlag vid vårdplanering, vårdtyngdsmätning och för att identifiera rehabiliteringsbehov. Det är användbart på ett flertal olika diagnosgrupper och åldrar. Instrumentet ger vårdpersonalen ett gemensamt språk för ADL-förmåga. Katz' ADL-index är prediktivt, deskriptivt och evaluerande. Katz' ADL-index har använts i ett flertal studier bland annat för att bedöma strokepatienters behov av omvårdnad och rehabilitering (3). Katz' ADL-index anses ha god prediktion och specificitet vilket styrker användandet av instrumentet vid beslut om relevant vårdnivå (4). Instrumentet kan användas på individ- eller gruppnivå. Katz' ADL-index har utnämnts till Gold-Standard och många ADL-instrument som tillkom under 1970-talet är variationer av samma tema (5).

### **Konstruktion**

De begrepp som används är definierade i manualen. Bedömningen görs genom observation eller intervju. Varje aktivitet bedöms i tre skalsteg: oberoende, delvis beroende, beroende. Därefter klassas "delvis beroende" antingen till "beroende" eller "oberoende", vilket framgår av manualen. Resultatet kan sedan sammanfattas i en ordinalskala i ADL-grad (A-G) i ett ADL-index, där ADL-grad A betyder "oberoende av hjälp i samtliga aktiviteter" och ADL-Grad G "beroende av hjälp i samtliga aktiviteter". De som är beroende vid minst två aktiviteter och inte hänförliga till Grad C, D, E eller F benämns som övriga (Ö). Systematiska fel kan upptäckas om mer än fem procent hamnar i ADL-Grad Ö. Sammanställningen görs på speciell blankett och mätningarna kan jämföras över tid (6).

### **Mätkvalitet**

Instrumentet har testats för validitet, reliabilitet (2).

## Övrigt

Instrumentet är välkänt, det är enkelt att genomföra och att administrera. Man bör vara observant på att kontinens är en funktion och inte en aktivitet och definitionen kan vara svårtolkad. Instrumentet kan ha en ”tak eller golveffekt” (reflektion från studiecirkeln).

## Referens

1. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psycho-social function. JAMA 1963;185:914-19.
2. Brorsson B, Hulter Åsberg K. Katz'index of independence in ADL: reliability validity in short-term care. Scand J Rehab Med 1984;16:125-32.
3. Hulter Åsberg K, Nydevik I. Early prognosis of stroke outcome by means of Katz'index of activities of daily living. Scand J Rehab Med 1991;23: 187-91
4. Törnquist K, Lövgren M, Söderfeldt B. Sensitivity, specificity and predictive value in Katz's and Barthel's indices applied on patients in long term nursing care. Scand J Caring Sci 1990 4:99-106.
5. Törnquist K. Att fastställa och mäta förmåga till dagliga livets aktiviteter (ADL) en kritisk granskning av ADL-instrument och arbetsterapi-praxis. Göteborg: Institutionen för socialt arbete; 1995.
6. Hulter Åsberg K. ADL-trappan. Lund; Studentlitteratur: 1990.

## Min Mening

### Allmänt om instrumentet

Min Mening är ett arbetsterapeutiskt instrument och bygger på instrumentet The Self Assessment of Occupational Functioning (1). Instrumentet är utvecklat av arbetsterapeuter från olika länder. Den svenska bearbetningen och översättningen av Min Mening ges ut av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA, (2)

Min Mening är ett klientcentrerat instrument (3). Det består av ett självskattningsformulär som beskriver patientens aktivitetsförmåga, inverkan från omgivning/miljö och värderingar samt hur tillfredsställd patienten är med sin förmåga. Det ger arbetsterapeutens förståelse för hur patienten uppfattar sin situation (2).

### Användningsområde

Min Mening används inom arbetsterapi vid bedömning, för att sätta mål och för att utvärdera behandlingsresultat. Min Mening är deskriptivt och evaluerande. I samband med att instrumentet översattes gjordes en pilotstudie inom psykiatrin. I dagsläget pågår ytterligare studier inom psykiatrin och även en studie där målgruppen är äldre personer (2).

### Konstruktion

Det finns en utförlig manual till instrumentet där begrepp som används finns definierade. Det består av två delar: I del I (mig själv) skattar patienten sin egen förmåga och i del II (min omgivning/miljö) skattar han hur omgivning och miljö påverkar förmågan till aktivitet. Del I består av 21 påståenden och del II av åtta påståenden. Man kan använda enbart en av de två delarna. De 21 påståendena i del I skattas på en ordinalskala 1-3 i två steg. I det första steget skattar personen sin förmåga: ”Jag har problem med det; jag klarar det; jag gör det bra”. I det andra steget gör personen en värdering: ”Det är inte så viktigt; det är viktigt; det är mycket viktigt”. De åtta påståendena i del II skattar patienten på en ordinal skala 1-3 i två steg. I det första steget tar personen ställning till ”Det är ett problem; det fungerar; det fungerar mycket bra”. I det andra steget tar personen ställning till ”Det är inte så viktigt; det är viktigt; det är mycket viktigt”. Slutligen väljer personen fyra områden i del II och två områden i del II som han önskar att förändra. Resultatet sammanställs på en översiktsblankett där flera skattningar över tid kan åskådliggöras. Varje påstående jämförs var för sig och ingen sammanlagd poängsumma räknas ut (2).

### Mätkvalitet

Validiteten kan påverkas av arbetsterapeutens sätt att handleda patienten (2).

### **Övrigt**

Det tar ca 15 min för patienten att fylla i formuläret. Arbetsterapeutens uppföljande samtal beräknas till 10-15 min. Min Mening är olämpligt för patienter som har allvarliga kognitiva brister, stora svårigheter att vara uppmärksamma, svårt att läsa och förstå skriven text, saknar sjukdomsinsikt (2). Teoretisk kunskap om MoHO krävs. Tidsåtgång längre än vad som står i manualen. Övrigt för personen att själv ta ställning till problemen. Ej aktuellt att använda i "akutstadiet" personen bör ha varit i sin hemmiljö och vara i en stabil fas. Utbildning ej nödvändigt men underlättar (reflektion från studiecirkeln).

### **Referens:**

1. Baron K, Curtin C. Self Assessment of Occupational Function. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse. 1990. *Out of print*.
2. Hellsvik A-M. Min Mening - ett självskattningsinstrument med fokus på aktivitetsförmåga, fysisk och social miljö, värderingar och prioriteringar. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. 2000.
3. Canadian Association of Occupational Therapists. Occupational Therapy Guidelines for Client-centered Practice. Ontario: CAOT; 1991.

## “Stops walking when talking” (SWWT)

### Allmänt om instrumentet

”Stops walking when talking” är utvecklat av en sjukgymnast och medarbetare 1997 (1). Instrumentet omfattar variabeln gång. Det mäter hur en persons gångförmåga påverkas när ett samtal inleds.

Instrumentet är inte yrkesspecifikt. Manualen kan fås genom Lillemor Lundin-Olsson (1).

### Användningsområde

I klinisk verksamhet kan det användas för att identifiera personer som löper en ökad risk att falla under gång. Bedömningen ger underlag för analys av fallrisk (1).

”Stops walking when talking” är deskriptivt och prediktivt och kan användas på individ- eller gruppnivå.

### Konstruktion

De begrepp som används är definierade i manualen. Instrumentet omfattar ett moment: Gång i självvald takt. Bedömningen görs genom observation. Instrumentet mäter hur patientens gångförmåga påverkas när ett samtal inleds i ett definierat moment. Bedömningen görs i två grader: Stannar ja eller nej när samtalet inleds. Resultatet noteras på en blankett där även behov av gång hjälpmedel anges. Den person som stannar när ett samtal inleds riskerar i högre grad att falla i framtiden jämfört med den som fortsätter att gå under samtalet (1).

### Mätkvalitet

Instrumentet är testat för sensitivitet och specificitet (1).

### Övrigt

Instrumentet är enkelt att använda. Det tar ca 15 min att genomföra och administrera. Det krävs ingen utrustning (reflektion från studiecirkeln).

### Referens:

1. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafsson Y. ”Stops walking when talking” as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 1997;349:617.



## **Sunnaas ADL-index**

### **Allmänt om instrumentet**

Instrumentet är utvecklat av norska arbetsterapeuter 1985 för arbetsterapeuter (1). Sunnaas ADL-index översattes till svenska 1989 (2). Instrumentet omfattar tolv aktiviteter: äta, kontinens, förflyttning inne, toalettbesök, överflyttning, av/påklädning, daglig hygien, matlagning, bad/dusch, hushållsarbete, förflyttning ute samt kommunikation. Bedömningen avser en skattning av hur personen utför aktiviteten: självständigt eller är beroende av personlig hjälp. Med personlig hjälp avses aktiv hjälp, påminnelse eller tillsyn (2).

### **Användningsområde**

Instrumentet är inte diagnosspecifikt. Det kan användas vid ADL-bedömningar av geriatriska patienter. I klinisk verksamhet kan Sunnaas ADL-index användas för att beskriva patientens grad av självständighet och hjälpberoende. Bedömningen ger underlag för målformulering och vid utvärdering. Det ger också vägledning om patientens kommande hjälpbehov i eget boende. Instrumentet kan underlätta kommunikationen mellan teammedlemmar. Instrumentet är prediktivt, deskriptivt och evaluerande. Sunnaas ADL-index har använts i studier för att beskriva och utvärdera ADL-förmågan (3). Det kan användas på individ- eller gruppnivå.

### **Konstruktion**

De begrepp som används är definierade i manualen. Bedömningen görs genom observation. Alla tolv aktiviteterna bedöms efter en skala från 0-3. Personer i intervallet 0 och 1 är beroende av andra personers hjälp. Personer i intervallet 2 och 3 är oberoende av andra personers hjälp. En brytpunkt finns mellan skalsteg 1 och 2. Maximal poäng är 36 poäng = oberoende av hjälp i samtliga tolv aktiviteter. Vid 15 poäng finns en prediktiv brytpunkt. 15 poäng eller mer visar på en hög ADL-förmåga och patienten har en låg vårdnivå = eget boende. Mindre än 15 poäng visar på en låg ADL-förmåga och patienten har en hög vårdnivå = rehabilitering, sjukhem. Höga indexvärden (>15) kan ge en fingervisning om att patienten har goda chanser att förbättra sin ADL-förmåga. Däremot kan inte ett lågt indexvärde förutsäga något om försämring (2). Indexkonstruktörerna anser att de tolv aktiviteterna även kan indelas i en horisontell nivå som visar personens grad av hjälpbehov. Aktivitet 1-4 (nivå 1) utförs flera gånger per dygn, svårt att bestämma när de sker under dygnet. Aktivitet 5-8 (nivå 2) sker några gånger per dag, går att tidsbestämma. Aktivitet 9-11 (nivå 3) utförs några gånger per vecka, tidsbestämt (1). Instrumentet kan ha en ”tak eller golv effekt”.

### **Mätkvalitet**

Instrumentet har testats för validitet och reliabilitet (2,4,5)

### **Övrigt**

Instrumentet är enkelt att genomföra och administrera. Instrumentet är inte alltid tillräckligt sensitivt för att se hur mycket personen har ökat sin aktivitetsförmågan inom de elva områdena. Det mäter bara förändringen ”självständig” eller ”ej”. Det syns ingen skillnad om personens beroende har ändrat sig från två personer till en (reflektion från studiecirkeln).

### **Referens:**

1. Kolsrud M. Formiddling av ADL-observationer og målning av behandlingsresultater. *Ergoterapeuten* 1986;12:10-4.
2. Olsson BL, Tervald B. Sunnaas ADL index. En kritisk granskning. *Arbetssterapeuten* 1992; 12:6-11.
3. Anke AGW, Stanghelle J, Finset A, Roaldsen KS, Pillgram-Larsen J, Fugl-Meyer AR. Long term prevalence of impairments and disabilities after multiple trauma. *J Trauma* 1997;42: 54-61.
4. Korpelainen JT, Niilekselä E, Myllylä VV. The Sunnaas Index of activities of daily living: responsiveness and concurrent validity in stroke. *Scand J Occup Ther* 1997; 4:31-6
5. Bahten T, Vardeberg K. Test-retest reliability of the Sunnaas ADL Index. *Scand J Occup Ther* 2001;8:140-7.

## Timed up and go (TUG)

### Allmänt om instrumentet

Instrumentet är utvecklat 1991 (1). TUG omfattar aktiviteten förflyttning. Förflyttningen görs på tid där följande moment ingår: uppresning från stol, gång samt att sätta sig på en stol. Tiden ger vägledning om patientens förmåga.

Instrumentet är inte yrkesspecifikt (1,2).

### Användningsområde

I klinisk verksamhet kan det användas för att identifiera personer som löper en ökad risk att falla i aktiviteten förflyttning. Det är kan vara lämpligt att använda på äldre personer. Bedömningen ger underlag för analys av fallrisk och vid målformulering. TUG är deskriptivt och prediktivt. Det kan användas på individ eller gruppnivå. TUG har använts i studier där man jämför tre olika grupper. Grupperna skiljer sig från varandra med avseende på ålder och förflyttningsförmåga (3).

### Konstruktion

Det finns en manual. Begrepp som används är identifierade. Den utrustning som behövs är följande: Stoppur, stol med armstöd, sitsens höjd ca 46 cm, armstöd ca 65 cm. Linjal på golvet 3 meter från stolen. Bedömningen görs genom observation. Instrumentet omfattar ett moment: Pat skall resa sig från en karmstol gå 3 m vända, gå tillbaka och sätta sig på stolen igen. Aktiviteten utförs på tid mätt i sekunder. Tiden noteras på testprotokollet. För den person som det tar mer än 10 s att utföra förflyttningen riskerar i högre grad att falla i framtiden jämfört med en person som klarar förflyttningen snabbare. Mätningarna kan jämföras över tid om förutsättningarna är desamma (1,2).

### Mätkvalitet

TUG är testat för reliabilitet och validitet (2).

### Övrigt

Instrumentet är enkelt att använda. Det tar ca 10 minuter att genomföra och administrera. Förutom tidsaspekten kan man få en uppfattning om kvalitén på utförandet t ex balans, gångmönster, gånghastighet, säkerhet, hantering av hjälpmedel. Testpersonen kan ibland ha svårighet att veta var han ska vända (om man ska vända på linjen eller om man ska gå över linjen). En förutsättning är att patienten hör och förstår en muntlig instruktion (reflektion från studiecirkeln).

**Referens:**

1. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8.
2. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Attention, frailty, and falls: the effect of a manual task on basic mobility. *JAGS* 1998;46:758-61.
3. Wall JC, Bell C, Campbell S, Davis J. The timed get-up-and-go test revisited: measurement of the component tasks. *J Rehab Research & Development* 2000;37:109-13.

## ÄldreVäst Sjuhärad

ÄldreVäst Sjuhärad är ett kompetenscentrum för utveckling och forskning inom äldreområdet och startade 1999.

Målet för ÄldreVäst Sjuhärad är att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående genom att:

- Stärka och utveckla samverkansformer över organisationsgränser
- Genomföra utvecklings- och forskningsprojekt med äldre och deras familjer
- Förnya och utveckla metoder och verksamhetsformer i vård och omsorg för äldre
- Sprida ÄldreVäst Sjuhärads forsknings- och utvecklingsresultat
- Bidra till kunskaps- och kompetensutveckling inom äldreområdet

De som står bakom ÄldreVäst Sjuhärad är kommunerna Bollebygd, Borås, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn, Västra Götalandsregionen, Högskolan i Borås, Telia Partner AB och Riksbyggen väst.

Dessutom stöds verksamheten av Stiftelsen FöreningsSparbanken Sjuhärad och av Socialdepartementet.

Verksamheten bedrivs i nära samverkan med intresse- och frivilligorganisationer inom äldreområdet.

ÄldreVäst Sjuhärad administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler.

Läs mer om ÄldreVäst Sjuhärad på hemsidan [www.aldrevast.hb.se](http://www.aldrevast.hb.se). Där finns bland annat tidigare utgivna rapporter.

Mer om Högskolan i Borås finner ni på [www.hb.se](http://www.hb.se)

