



# **Late Life Function and disability Instrument - ett komplement vid bedömning av patienter med risk för fall?**

EN BESKRIVNING AV ETT NYLIGEN ÖVERSATT  
MÄTINSTRUMENT OCH DESS ANVÄNDBARHET  
SOM KOMPLEMENT VID BEDÖMNINGAR I  
SAMBAN MED FALLPREVENTION

---

MEDDELANDE 2013:1  
SKARABORGS KOMMUNALFÖRBUND FoU

# FÖRORD

I Sveriges kommuner och landstings satsning på ”Bättre liv för sjuka äldre” ingår kvalitetsregistret Senior Alert som en del. Att systematiskt arbeta med riskbedömningar, adekvata åtgärder och uppföljningar är teamet kring patientens uppgift. Det bedömningsinstrument som används i Senior Alert för att bedöma fallrisk är DFRI (Downtown Fall Risk Index).

Sjukgymnasterna som bl.a. gör bedömningar avseende nedsatt balans, nedsatt gångförmåga och övriga fallrisker relaterat till fysisk funktion hos patienten upplever att instrumentet DFRI är otillräckligt för att kunna utvärdera insatserna för patienten.

Möjligheten att kunna fördjupa sig i ett bedömningsinstrument som bättre lämpar sig för uppföljning av åtgärder kopplade till risk för fall låg till grund för att Hjo kommun sökte projektbidrag från FoU. Detta har möjliggjort för en sjukgymnast i verksamheten att avsätta tid för detta och inom ramen för ett magisterprojekt i ämnet balans kunnat utvärdera bedömningsinstrumentet LLFDI (Late Life Function and Disability Instrument).

Instrumentet kommer att användas i Hjo kommun och kompletteras då övriga mätinstrument som används i dag. Vi har förhoppningar om att instrumentet har positiva effekter på allas gemensamma insatser och att patienten/brukaren ges möjlighet till ökad delaktighet i sin vardag. Vi vill tacka FoU i Skaraborg, Ulrika Hernant, för samarbetet kring detta arbete!

Camilla S Wiktorin  
Enhetschef HoS, Hjo kommun

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1 SAMMANFATTNING</b>	<b>1</b>
<b>2 BAKGRUND</b>	<b>2</b>
<b>3 SYFTE</b>	<b>3</b>
<b>4 METOD</b>	<b>3</b>
<b>5 RESULTAT</b>	<b>3</b>
5.1 FUNKTIONSTILLSTÅND OCH FUNKTIONSHINDER HOS ÄLDRE	3
5.2 BALANS, FALL, FALLRISK, FALLRÄDSLÅ OCH FALLPREVENTION	4
5.3 LATE LIFE FUNCTION AND DISABILITY INSTRUMENT	5
<b>6 DISKUSSION</b>	<b>6</b>
<b>7 KONKLUSION</b>	<b>7</b>
<b>8 BEHOV AV FORTSATT FORSKNING OCH UTVECKLING</b>	<b>7</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>8</b>
<b>BILAGA 1</b>	<b>10</b>

# 1 Sammanfattning

Socialstyrelsen rekommenderar regelbunden riskbedömning avseende bland annat fallrisk och uppmantrar vårdgivare att registrera riskbedömningarna i nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Socialstyrelsen uppmantrar också en övergång till nationellt fackspråk där begreppen från "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) har en central roll. Det mätinstrument som används i Senior Alert avseende fallrisk är Downton Fall Risk Index (DFRI).

Sjukgymnasterna i Hjo Kommun upplever brister med DFRI. Instrumentet ger otillräcklig information om de äldres funktionstillstånd och funktionshinder för att formulera relevanta mål och erbjuda adekvata insatser. Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI) är ett självskattningsformulär framtaget för att fånga in omfattande information om funktionstillstånd och funktionshinder hos äldre och utvecklades för att övervinna begränsningarna i befintliga mätinstrument på området.

Verksamhetens önskade fördjupa sin kunskap om funktionstillstånd och funktionshinder hos äldre samt mätinstrumentet LLFDI och dess möjlighet att vara ett kompletterande mätinstrument i bedömnings och uppföljningsarbetet. En litteraturöversikt har därför genomförts.

Erfarenheter och andra studier stödjer tesen att flera mätinstrument behöver kombineras för att ge tillräcklig information om funktionstillstånd. LLFDI skulle kunna vara en del av en sådan kombination som leder till djupare kunskap om de äldres funktionstillstånd och funktionshinder samt ger teamen bättre förutsättningar för att utforma, genomföra och följa upp mål, planer och åtgärder.

Mätinstrumentet använder dessutom termer som harmoniserar med socialstyrelsens rekommendationer avseende nationellt fackspråk och informationsstruktur vilket underlättar för personal att följa rekommendationerna i den kliniska vardagen.

## 2 BAKGRUND

År 2011 var, i Sverige, ca 19 % av befolkningen 65 år eller äldre och andelen förväntas öka med 6 procentenheter till 25 % fram till år 2060 (1). Många äldre, drygt 80 % av dem över 80 års ålder, bor kvar i sitt ordinarie boende "hemma" (2). Med ökad ålder följer en ökning av kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som ofta leder till försämrad fysisk och psykisk hälsa. De personer som på grund av varaktig funktionsnedsättning inte kan ta sig till vårdcentralen eller har ett varaktigt frekvent behov av sjukvårdsinsatser i hemmet kan i Hjo kommun få kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, "hemsjukvård". I det kommunala Hälso- och sjukvårdsansvaret ligger också insatser till personer i särskilt boende och på korttid. Nedsatt funktionstillstånd och ökad grad av funktionshinder är vanligt förekommande hos personer med kommunal hälso- och sjukvård, inom såväl hemsjukvård som särskilt boende och korttid.

Socialstyrelsen rekommenderar regelbunden riskbedömning avseende bland annat fallrisk och uppmantrar vårdgivare att registrera riskbedömningarna i nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Socialstyrelsen uppmantrar också en övergång till nationellt fackspråk där begreppen från "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) (3) har en central roll. Som en följd av socialstyrelsens rekommendationer arbetar numera Hjo kommuns Vård och Omsorgsverksamhet systematiskt med riskbedömningar i linje med det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Hälso- och sjukvårdsenheten, som är en enhet inom Vård- och Omsorg, arbetar även för en implementering av nationellt fackspråk.

Det mätinstrument som används i Senior Alert avseende fallrisk är Downton Fall Risk Index (DFRI), vilket också rekommenderas av Vårdhandboken (4). Med riskbedömningarna som underlag diskuteras sedan personens funktionstillstånd, funktionshinder och omvårdnads- respektive rehabiliteringsbehov i team. Teamet består av undersköterskor/vårdbiträden, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och enhetschef. Teamets mål är att arbeta tvärprofessionellt, förebyggande och rehabiliterande.

Inom verksamheten har sjukgymnaster spetskompetens avseende nedsatt balans, nedsatt gångförmåga och fallrisk som är relaterad till fysisk förmåga. Sjukgymnasterna upplever brister med DFRI. Instrumentet, som tydligt indikerar fallrisk, ger otillräcklig information om de äldres funktionstillstånd och funktionshinder för att formulera relevanta mål och erbjuda adekvata insatser. Kunskap om de äldres funktionstillstånd och funktionshinder är en viktig del i det fallpreventiva arbetet. Takeffekterna i DFRI som konstateras av Andersson och Grahn (5) leder dessutom till att instrumentet inte lämpar sig för uppföljning av åtgärder.

Bedömning av funktionstillstånd och funktionshinder är avgörande för att uppskatta effekterna av åldrande på dagliga livets aktiviteter, utforma vård och rehabilitering samt utvärdera effekterna av olika åtgärder (6). Det mest valida och kostnadseffektiva sätt att samla in sådan information är självskattningsformulär (7). Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI), lanserat 2002, är ett sådant självskattningsformulär framtaget för att fånga in omfattande information om funktionstillstånd och funktionshinder hos äldre. LLFDI utvecklades för att övervinna begränsningarna i befintliga mätinstrument på området. (8, 9)

Då begreppen hälsotillstånd och funktionshinder, som definierat i ICF, är delvis nya i verksamheten och det systematiskt använda mätinstrumentet DFRI inte ger tillräcklig information om de äldre för det systematiska bedömnings och uppföljningsarbetet ska Hjo Kommuns Hälso- och sjukvårdsenhet fördjupa sina kunskaper om begreppen och mätinstrumentet LLFDI.

### **3 syfte**

Fördjupa verksamhetens kunskap om funktionstillstånd och funktionshinder hos äldre, med fokus på fall och fallprevention, samt mätinstrumentet Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI) och dess möjlighet att vara ett kompletterande mätinstrument i det kontinuerliga bedömnings och uppföljningsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården.

### **4 Metod**

Inom ramen för ett större magisterprojekt (utvärdering av effekter av ett nytt balansträningsprogram) har en litteraturöversikt avseende funktionstillstånd och funktionshinder med fokus på fallrisk och fallprevention samt bedömningsinstrumentet LLFDI gjorts. Vetenskaplig litteratur till denna litteraturöversikt har sökts i databasen PubMed och via referenslistor ur relevanta artiklar.

### **5 Resultat**

#### ***5.1 Funktionstillstånd och funktionshinder hos äldre***

Funktionstillstånd och funktionshinder är viktiga begrepp när äldres hälsa diskuteras. Guralnic och Ferucci (10) definierar funktionshinder som glappet mellan den personliga förmågan och omgivningens förväntningar medan funktionstillståndet beskriver den personliga förmågan att utföra relevanta dagliga göromål som att gå, sträcka sig efter något, lyfta upp något och hantera föremål.

Klassifikationen ”International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF) (3) gör det möjligt att beskriva personers funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån ett bredare perspektiv. ICF bekräftar att alla personer kan uppleva vacklande hälsa och därmed någon grad av funktionshinder. Klassifikationen tar också hänsyn till de sociala aspekterna av funktionstillstånd och funktionshinder och beskriver inte enbart en medicinsk eller biomekanisk dysfunktion. Klassifikationen inkluderar beteenden och omgivningsfaktorer som går utöver funktionsnedsättning, aktivitetsnedsättning och begränsningar i delaktighet (jmf International classification impairment, disability and handicap (ICIDH)).

Det är välkänt att adekvat fysisk, mental och social aktivitet är viktigt för att behålla hälsan och äldre som är aktiva rapporterar högre nivåer av välmående och fysisk funktion än de som är inaktiva (11). Långsiktig fysisk aktivitet verkar också minska förekomsten och omfattningen av funktionshinder hos äldre (12).

## **5.2 Balans, fall, fallrisk, fallrädsla och fallprevention**

Balans är en förutsättning för förmågan att förflytta sig och för att behålla självständighet i dagliga livets aktiviteter (13). Balansen avtar med åldern och balansnedsättning förknippas med nedsatt funktionstillstånd och ökad fallrisk (14).

Pollok och medarbetare (15) definierar balans som förmågan att hålla tyngdpunkten inom understödsytan. Balans, som är en komplex funktion, är beroende av både motorisk och sensorisk information (16). Även styrka och koordination påverkar balansen (17). Sensorisk förmåga, syn och förmågan att sammankoppla information från de olika systemen avtar med stigande ålder (17).

Fall är den största orsaken till skada i Sverige och utgör hela 64 % av de äldre som behöver längre vård efter olycksfall (2). Fallrelaterade kostnader i Sverige uppskattas till 9,5 miljarder årligen (18). Av hemmaboende över 65 års ålder faller ca en tredjedel varje år och av dessa faller 50 % mer än en gång (19). Fysiskt aktiva faller mer sällan än fysiskt inaktiva (20). Ålder är en riskfaktor avseende fall (21), känslomässig stress, sömnbrist och medicinering likaså (22). Att halka eller snubbla är de vanligaste orsakerna till fall och möbler, trappor eller hala golv är ofta de utlösande faktorerna (2).

Fall kan leda till funktions- och aktivitetsnedsättningar samt minskad delaktighet och därmed skapa ett ökat behov av vård och rehabilitering eller till och med särskilt boende (23, 24). Även om de flesta fall inte föranleder svåra skador så är den psykologiska konsekvensen av fall ofta påtaglig. Fallet kan leda till fallrädsla.

Upp till 85 % av de äldre upplever fallrädsla och rädslan tilltar med åldern (25). Fallrädsla är förknippat med nedsatt fysisk förmåga (25) och är i sig en ökad risk för fall. Fallrädslan kan leda till att aktiviteter undviks vilket leder till ytterligare funktionsnedsättningar vilket kan öka fallrädslan (26, 27) och det blir en ond cirkel.

Att minska fallrädsla, förebygga fall och fallrelaterade skador samt återställa funktion efter fall är viktigt för att behålla livskvalitet och minska omfattningen av funktionshinder hos äldre. Fallprevention behöver vara omfattande och tvärprofessionell. Effektiv fallprevention bör syfta till att reducera antal fall och antal personer som faller samt lindra konsekvenserna av de fall som inte kan förebyggas (21). Bragge och Wallin (28) konkluderar att rädsla är en riskfaktor för fall som har betydelse för följsamheten i de preventiva åtgärderna. En skala där patienten självskattar fallrädsla är Falls Efficacy Scale- S (FES-S) (29).

Vassallo och medarbetare (30) menar att DFRI inte har den precision i fallriskbedömning som ursprungligen påvisats. Enstaka observationer av vårdpersonal kan vara mer träffsäkert i att förutspå fall. De rekommenderar ändå inte att enstaka observationer ersätter riskbedömning med mätinstrument eftersom enstaka bedömningar också är mindre känsligt och flera personer med risk förbises. Svenska riktlinjer för att förebygga fall saknas men i USA rekommenderas att alla som rapporterat minst ett fall ska bedömas med Timed Up and Go samt att de personer som då uppvisar svårigheter eller är ostadiga behöver fortsatt utredning (31).

### **5.3 Late Life Function and Disability Instrument**

LLFDI består av två komponenter, en för funktionstillstånd och en för funktionshinder (Bilaga 1) och ger en omfattande information om patientens självskattade kapacitet. Funktionstillståndet kartläggs genom 32 frågor som värderar uppgifters svårighetsgrad genom frågan "Hur stora svårigheter har du att...?" Svarsalternativen anges som fasta värden från "inga" till "kan inte" och poängsätts från 5 till 1 (ju högre poäng desto mindre svårt). Aktiviteterna som bedöms inkluderar att klä på sig, flytta på en stol, hålla från en kanna, diska, ta sig i och ur bilen för att nämna några. Faktorer som påverkar svårighetsgraden kan vara till exempel smärta, trötthet, rädsla eller svaghet. (8, 9)

Komponenten för funktionstillstånd poängsätts som totalpoäng men kan också delas in i undergrupperna "övre extremitet", "basal nedre extremitet" samt "avancerad nedre extremitet". Aktiviteter som relaterar främst till arm och handfunktion grupperas i "övre extremitet" medan "basal nedre extremitet" summerar enklare aktiviteter i stående och gående och "avancerad nedre extremitet" summerar de aktiviteter som kräver högre förmåga och uthållighet i fot och ben. (8, 9)



Funktionshinder kartläggs genom 16 frågor som belyser frekvens och begränsning genom frågorna "hur ofta händer det att du...?" och "i vilken utsträckning känner du dig begränsad att...?" Även här används fasta värden i svarsalternativen som går från "mycket ofta" till "aldrig" respektive "inte alls" till "helt" och poängsätts från 5 till 1 där högre poäng signalerar lägre grad av funktionshinder. De 16 socialt orienterade frågorna bedömer aktiviteter som att uträtta ärenden, resa och att ta ansvar för sin egen hälsa. (8, 9)

Funktionshinderkomponenten poängsätts med en totalpoäng för frekvens och en totalpoäng för begränsning. Frekvensen kan vidare delas in i undergrupperna "social role" respektive "personal role". Begränsning kan delas in i undergrupperna "instrumental role" och "management role" roll. "Social role" bedömer delaktighet i sociala aktiviteter och "personal role" i de mer personliga aktiviteterna. "Instrumental role" summerar delaktighet i hem och samhälle medan "management role" förhåller sig till de aktiviteter som innehåller organisation och planering. (8, 9)

Resultatet av självskattningen kan anges som det faktiska värdet av summerade svarsalternativ eller omvandlas till en 0-100 skala (enligt tabell i manualen).

Högre värden signalerar bättre funktionstillstånd, ökad frekvens och högre kapacitet avseende vardagslivets aktiviteter. 0-100 skalan lämpar sig för att kartlägga funktionsnivåer vid utvärdering av insatser så som fallpreventiva åtgärder av träningskaraktär. (8, 9)

Den svenska versionen av LLFDI har hög reliabilitet och validitet för att bedöma funktionstillstånd och funktionshinder hos äldre med självskattad balansnedsättning och fallrädsla och är användbar i kliniskt arbete såväl som forskning (32).

## **6 Diskussion**

Systematiska (risk)bedömningar, med mätinstrument, är och bör vara en del av den kommunala Hälso- och sjukvården. Det finns också stöd i litteraturen för att vårdpersonalens enstaka observationer ger bra underlag för att snabbt initiera vidare bedömning av leg. personal samt preventiva åtgärder (30). Det verkar dock saknas information avseende om omvårdnadspersonalen känner till sin betydelse avseende att snabbt identifiera risk för fall genom enstaka observationer.

Fallrädsla är en riskfaktor i sig och påverkar dessutom följsamheten vid preventiva åtgärder (28). DFRI, som inte berör fallrädsla, bör således kompletteras med skattning av fallrädsla, till exempel med FES-S.

Erfarenheter och flera studier (28, 30, 31) stödjer tesen att flera bedömningsinstrument behöver kombineras för att ge tillräcklig information om patientens funktionstillstånd. LLFDI skulle kunna vara en del av den kombinationen av bedömningsinstrument som leder till en djupare kunskap om de äldres funktionstillstånd och funktionshinder, samt ger teamet bättre förutsättningar att föreslå relevanta åtgärder. LLFDI kan dessutom användas för klinisk uppföljning av åtgärders effekt på funktionstillstånd och funktionshinder (32). Utförs självskattningen i intervjuform så kan intervjutillfället dessutom ge patienten möjlighet till ökad delaktighet i såväl målformulering som prioritering av åtgärdsförslag.

I verksamheten pågår arbete med att utveckla dokumentationen utifrån socialstyrelsens rekommendationer avseende nationellt fackspråk och informationsstruktur. Det finns därför behov av bedömningsinstrument som avser just funktionstillstånd och funktionshinder och som dessutom gärna använder fasta värden, vilket LLFDI gör. Fasta värden ökar möjligheten att framöver integrera journal med nationella kvalitetsregister samt nationell statistik och på sikt minska behovet av dubbeldokumentation. I dag förs uppgifterna om bedömningar, åtgärder och uppföljning in manuellt i kvalitetsregistret Senior Alert.

Litteraturoversikten avseende fallrisk och fallprevention påminner också om vikten av att systematiskt använda beprövade instrument som Timed Up and Go och FES-S (28, 31). Båda instrumenten används i verksamheten men sporadiskt snarare än systematiskt.

## **7 Konklusion**

Det systematiska arbetet med bedömningar i team förutsätter mer kunskap om de äldres funktionstillstånd och funktionshinder än vad mätinstrumentet DFRI, som ingår i Senior Alert, bidrar med. LLFDI kan bidra med sådan information om funktionstillstånd och funktionshinder hos enskilda individer som ger teamet bättre förutsättningar för att utforma, genomföra och följa upp mål, planer och åtgärder.

## **8 Behov av fortsatt Forskning och utveckling**

Det finns behov av att kartlägga vilka bedömningsinstrument som i praktiken används för bedömning av personer med nedsatt funktionsförmåga inom verksamheten. Vidare skulle även en kartläggning av omvårdnadspersonalens uppfattning om sin egen betydelse för snabb identifiering av nedsatt förmåga vara av värde. Tillsammans med föreliggande rapport skulle det kunna vara en bra grund för fortsatt verksamhetsutveckling.

## REFERENSER

1. Sveriges framtida befolkning 2012-2060, 2012. Tillgänglig på: [http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0401\\_2012I60\\_BR\\_BE51BR1202.pdf](http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0401_2012I60_BR_BE51BR1202.pdf)  
Accessed at 13-02-03, 23.55.
2. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Skador bland äldre i Sverige. 2007. Tillgänglig på: [www.msb.se/ribdata/filer/pdf/](http://www.msb.se/ribdata/filer/pdf/) Accessed 12-10-04, 12.25.
3. WHO. Classifications, 2001. Tillgänglig på: [www.who.int/classifications/icf/en](http://www.who.int/classifications/icf/en)  
Accessed 12-10-04, 11.24.
4. Vårdhandboken. Tillgänglig på: [www.vardhandboken.se/texter/fallprevention/atgarder-geriatrik/](http://www.vardhandboken.se/texter/fallprevention/atgarder-geriatrik/) Accessed 13-02-07, 08:50.
5. Andersson G & Grahn A. Tillämpbarheten av Downton Fall Risk Index och tre funktionella tester hos äldre personer i hemmiljö. Luleå: Institutionen för Hälsovetenskap Avdelningen för Sjukgymnastik, Luleå tekniska Universitet; 2006:25HV.
6. McAuley E, Konopack JF, Motl RW et al.: Measuring disability and function in older women: Psychometric properties of the Late-Life Function and Disability Instrument. *J Gerontol* 2005; 60: 901-909.
7. Crawford SL, Jette AM & Tennstedt SL: Test-retest reliability of self-reported disability measures in older adults. *J Amer Geriatr Soc* 1997;45:338-341.
8. Jette AM, Haley SM, Coster WJ, Kooyoomjian JT, Levenson S, Heeren T and Ashba J. Late Life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. *J Gerontol* 2002;57A:M209-M216.
9. Haley SM, Jette AM, Coster WJ, Kooyoomjian JT, Levenson S, Heeren T and Ashba J: Late Life function and disability instrument: II. Development and evaluation of the function component. *J Gerontol* 2002; 57 A:M 209-M216.
10. Guralnic JM & Ferrucci L: Assessing the building blocks of function utilizing measures of functional limitation. *Am J Prev Med* 2003;25 (3Sii): 112-121.
11. Spiriduso WW & Cronin DL: Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2001 Jun; 33 (6 suppl): S 598-608; discussion S609-10.
12. Miller ME, Rejeski WJ, Reboussin BA, Ten Have TR & Ettinger WH: Physical activity, functional limitations, and disability in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000 Oct; 48(10): 1264-72.
13. Latham N, Anderson C, Bennett D & Stretton C: Progressive resistance strength training for physical disability in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2):CD002759.
14. Howe TE, Rochester L, Neil F, Skelton DA & Ballinger C: Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Nov 9; (11): CD004963.
15. Pollok A, Durward BR, Rowe PJ and Paul JP. What is balance? *Clin Rehabil* 2000;14:402-406.
16. Spiriduso W, Francis KL & MacRae PG: Physical dimensions of ageing, 2<sup>nd</sup> edn. Champaign (IL): Human Kinetics; 2005.
17. Wallacott, MH: Age-related changes in posture and movement. *J Gerontol* 1993;48: (special issue):56-60.

18. Socialstyrelsen. Förslag till nationell handlingsplan för säkerhetsbefrämjande arbete för äldre personer. 2011. Tillgängligt på:  
[www.socialstyrelsen.se/start/nyheter/2011\\_december/](http://www.socialstyrelsen.se/start/nyheter/2011_december/) Accessed 12-05-21, 12.30.
19. Tinetti ME, Speechley M & Ginter SF: Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319:1701-1707.
20. Speechley M & Tinetti M: Falls and injuries in frail and vigorous community living elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:46-52.
21. WHO 2012. Falls, Fact sheet No 344.2012. Tillgänglig på:  
[www.who.int/mediacentre/factsheets/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/) Accessed 12-10-04, 11.40.
22. Laflamme L, Möller J, Engström K, Mattsson F, Sadigh S & Hallqvist J. Utlösande faktorer till fallrelaterade höftfrakturer bland äldre- en studie om hur händelser i vardagen kan leda till skador. Slutrapport ToFA- studien; Juni 2006.
23. Donald, I & Bulpitt, C: Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med* 1997; 337: 1279-84.
24. Sveriges Kommuner och Landsting. Säkrare vård och omsorg Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
25. Scheffer AC, Shuurmans MJ, van Dijk N, van der Hooft T & de Rooij SE: Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing* 2008; 37: 19-24.
26. Arfken CL, Lach HW, Birge SJ & Miller JP: The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *A J Public Health* 1994; 84: 565-570.
27. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN and Garry PJ: Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and ageing* 1997;26 :189-193.
28. Bragge F & Wallin J. Äldre personers följsamhet till fallprevention. Halmstad: sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan i Halmstad; 2011 ht.
29. Hellström K & Lindmark B: Fear of falling in patients with stroke: a reliability study. *Clin Rehabil* 1999; 13: 509-17.
30. Vassallo M, Poynter L, Sharma JC, Kwan J och Allen S: Fall-risk assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation ward. *Age and Aging* 2008; 37: 277-281.
31. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention: Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(5):664-72.
32. Roaldsen K S, Halvarsson A, Sarlija B, Franzen E & Ståhle A: Self-reported function and disability in late life- cross-cultural adaptation and validation of the Swedish version of the Late Life Function and Disability Instrument. Submitted 2012.

# Bilaga 1

## Funktionstillstånd (F) och funktionshinder (D) med frågeställningar

F1	Skruva upp locket på en tidigare öppen burk utan att använda något hjälpmedel, t.ex. syltburk.
F2	Gå upp och ner för en trappa inomhus, med stöd av ledstång.
F3	Sätta på och ta av långbyxor, inkl knäppa knappar, dra upp blyxtlås.
F4	Springa en knapp km eller mer.
F5	Använda vanliga köksredskap för att laga mat, t.ex. konservöppnare, potatisskalare eller vass kniv.
F6	Hålla ett fullt vattenglas i en hand.
F7	Gå en knapp km om du får vila vid behov.
F8	Gå upp och ned för en trappa utomhus, utan stöd av trappräcke.
F9	Springa en kort sträcka, t.ex. för att hinna med en buss.
F10	Stående, sträcka upp armarna över huvudet, för att t.ex. byta lampa, ta ner något från en hylla.
F11	Sätta dig ner och resa dig upp från en låg, mjuk soffa.
F12	Ta på och av en rock, kappa eller jacka.
F13	Att nå bakom ryggen, t.ex. för att trä i ett skärp i en hälla.
F14	Gå upp och ner från en trottoarkant.
F15	Öppna en tung ytterdörr eller port.
F16	Riva upp en påse chips eller liknande.
F17	Hälla ur en stor tillbringare.
F18	Kliva i och ur en bil.
F19	Vandra någon km i kuperad terräng, inkl backar.
F20	Gå upp och ned för 3 trappor inomhus med stöd av ledstång.
F21	Lyfta och flytta undan en köksstol för att komma åt att städa.
F22	Använda en trappstege för att nå till ett högt skåp.
F23	Bädda sängen, som om du skulle bädda rent, inkl vika in lakan och lägga på överkast.
F24	Bära någonting med bägge händerna när du går i en trappa, t.ex. en tvättkorg eller liknande.
F25	Att i stående böja dig framåt för att plocka upp ett klädesplagg från golvet.
F26	Gå omkring hemma, med tanke på trösklar, dörrar, möbler och mattor.
F27	Ta dig upp från liggande på golvet.
F28	Diska för hand, stående vid diskbänken.
F29	Promenera flera kvarter.
F30	Ta en rask promenad på en knapp km utan att stanna och vila.
F31	Kliva på och av bussen.
F32	Gå på halt underlag utomhus.
D1	Håller kontakten med andra genom brev, telefon eller e-post
D2	Hälsar på familj och vänner i deras hem.
D3	Att du hjälper andra personer med vård eller annat
D4	Sköter om ditt hem.
D5	Arbetar ideellt utanför hemmet t.ex. i föreningar, kyrkan, bostadsrättsförening eller dylikt.
D6	Deltar aktivt i någon fritidsaktivitet för rekreation.
D7	Tar hand om hushållsekonomin.
D8	Sköter du om din egen hälsa.
D9	Reser bort och stannar över natten.
D10	Deltar i någon regelbunden motionsaktivitet.
D11	Bjuder hem familj och bekanta på middag.
D12	Går du ut med andra på offentliga ställen som restaurang eller bio.
D13	Tar hand om din personliga omvårdnad.
D14	Deltar i organiserade sociala aktiviteter.
D15	Tar hand om dina egna ärenden.
D16	Lagar mat till dig själv.

# Late Life Function and disability Instrument -ett komplement vid bedömning av patienter med risk för fall?

Socialstyrelsen rekommenderar regelbunden riskbedömning avseende bland annat fallrisk och uppmantrar vårdgivare att registrera riskbedömningarna i nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Socialstyrelsen uppmantrar också en övergång till nationellt fackspråk där begreppen från "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) har en central roll. Det mätinstrument som används i Senior Alert avseende fallrisk är Downton Fall Risk Index (DFRI).

Sjukgymnasterna i Hjo Kommun upplever brister med DFRI. Instrumentet ger otillräcklig information om de äldres funktionstillstånd och funktionshinder för att formulera relevanta mål och erbjuda adekvata insatser. Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI) är ett självskattningsformulär framtaget för att fånga in omfattande information om funktionstillstånd och funktionshinder hos äldre och utvecklades för att övervinna begränsningarna i befintliga mätinstrument på området.

Verksamheten önskade fördjupa sin kunskap om funktionstillstånd och funktionshinder hos äldre samt mätinstrumentet LLFDI och dess möjlighet att vara ett kompletterande mätinstrument i bedömnings- och uppföljningsarbetet. En litteraturöversikt har därför genomförts.

Erfarenheter och andra studier stödjer tesen att flera mätinstrument behöver kombineras för att ge tillräcklig information om funktionstillstånd. LLFDI skulle kunna vara en del av en sådan kombination som leder till djupare kunskap om de äldres funktionstillstånd och funktionshinder samt ger teamen bättre förutsättningar för att utforma, genomföra och följa upp mål, planer och åtgärder.

Författare: Therese Sahlström, Leg. Sjukgymnast  
Hälso- och Sjukvårdsenheten  
Vård- & Omsorg  
Hjo Kommun



Ulrika Hernant, FoU Strateg  
ulrika.hernant@skaraborg.se

Post Box 54, 54122 Skövde  
Besök Kaplansgatan 16 a

ISSN 1654-7292