

## Rivermead mobility index (RMI)

### Validitet och reliabilitet

RMI är en vidareutveckling av instrumentet Rivermead Motor Assessment scale. Instrumentet är framförallt validitets- och reliabilitetstestat på personer med stroke. I en studie testades instrumentets interbedömarreliabilitet på två grupper av patienter och visade sig vara reliabel så när som på 2 poäng av 15. Samma studie visade på att instrumentet har en god validitet som mått på rörelseförmåga efter skallskada och stroke, och kan användas på patienter i hemmet, i poliklinik och inom slutenvården.

### Tillvägagångssätt

Instrumentet består av 15 moment som bedöms av kliniker om patienten klarar eller inte, momenten sträcker sig mellan att kunna vända sig i sängen till att springa 10 m. För varje klarat moment fås 1 poäng. Maxsumman är således 15 p och minsumman är 0 p. Tidsåtgång är ca 5-10 min. Material som behövs är patientens säng, en stol, ev. gånghjälpmedel, en trappa, och något att ta upp från golvet.

### ICF-nivå

Aktivitets- och delaktighetsnivå.

### Användarvänlighet

Ett exempel på hur instrumentet kan nyttjas i praktiken kommer från Danderydsgeriatriken i Stockholm: ”Vi använder RMI på samtliga patienter i kliniken. I forskningssammanhang använder vi det bara vid stroke, som är den sjukdom instrumentet är utarbetat och testat för. Som regel görs RMI vid inskrivning och utskrivning samt inför en vårdplanering. RMI kan också göras för att visa patienten eller omgivningen att patienten förbättrats (alt. försämrats) avseende förflyttningsförmågan. Det är avsett för patienter med stroke och är utvärderat avseende reliabilitet, validitet och förändring för den patientgruppen. Eftersom RMI innehåller enkla och allmänna förflyttningsmoment har vi dock infört det på samtliga patienter, trots de begränsningar som finns med detta. Vinsten med det är att alla på kliniken, och så småningom även alla biståndshandläggare, kommer att veta vad det betyder att en patient t ex har 5 poäng på RMI.”

#### + *Styrkor*

Instrumentet är enkelt och snabbt och går att använda utan begränsning, dvs. det går i princip alltid att bedöma patienten enligt RMI. Det är hyggligt hierarkiskt, dvs. de flesta som klarar uppgift 5 klarar också uppgifterna 1-4. Det kräver ingen utbildning av bedömaren och heller inga hjälpmedel utöver normala möbler och patientens gånghjälpmedel. Det är ett reliabelt och valitt instrument som är känsligt för förändringar hos patienter med stroke. RMI börjar också bli välkänt och används av många vilket ökar nyttan med instrumentet.

#### - *Svagheter*

Instrumentet är inte heltäckande, t ex förflyttningen sittande-liggande finns inte med (bara liggande-sittande!). RMI är inte fullt ut hierarkiskt, t ex patienten kanske klarar att sitta på sängkanten och även att gå men kanske inte klarar liggande-sittande. Det senare kan gälla vid Parkinsons sjukdom. Vidare kan det finnas takeffekter, dvs. patienterna klarar så mycket att de får full, eller nästan full poäng från början. Detta är dock inte aktuellt för

våra geriatriska patienter men ibland för yngre patienter med stroke. Vidare kan man kritisera RMI för att det kan finnas små förbättringar som inte ger utslag i form av fler poäng. Dock är RMI förvånansvärt känsligt för förändringar.

### **Referenser**

Collen FM, Wade DT, Robb GF, Bradshaw CM. The Rivermead Mobility Index: a further development of the Rivermead Motor Assessment. *Int Disabil Stud.* 1991;13:50–54.

Forlander DA, Bohannon RW. Rivermead Mobility Index: a brief review of research to date. *Clin Rehabil.* 1999;13:97–100.

**Sammanfattat av Emelie Karlsson,  
stort tack till Danderydsgeriatriken och Disa Sommerfeld!**