

10 METER GANGTEST (10MWT)

Formål med testprotokollen

Denne testprotokollen er utarbeidet for å sikre standardisering og inter-rater reliabiliteten til testen for bruk i FIRST-Norge prosjektet. Protokollen er utarbeidet med utgangspunkt i anbefalinger fra Academy of Neurologic Physical Therapy utarbeidet av Moore et al. (2018)¹, og erfaringer fra FIRST-Oslo protokollen utarbeidet av Regional Kompetansetjeneste for Rehabilitering Sunnaas HF, Oslo Universitetspsykehus og Forsterket Rehabilitering Aker.

Oversikt	10MWT tester ganghastighet over kortere distanse. Den utføres både med gange i selvvalgt hastighet og med gange i maksimal hastighet. Testen utføres to ganger for hver hastighet. Testen brukes hos pasienter med mål om, og kapasitet til å bli selvstendige.
Skåring	<ul style="list-style-type: none"> - Testen måles i sekunder, men bør bli regnet om til meter per sekund (m/s). Gjennomfør testen to ganger ved selvvalgt hastighet, og det samme ved maksimal hastighet. De to tidene regnes ut til én gjennomsnittstid for selvvalgt hastighet og én gjennomsnittstid for maksimal hastighet. Regn ut meter per sekund ved å dele seks (m) på sammenlagt sekunder. En skår for selvvalgt hastighet, og en skåre for maksimal hastighet. Dokumenter i meter/sekund². - Grad av assistanse dokumenteres med Functional Ambulation Categories (FAC) skår.
Utstyr	<ul style="list-style-type: none"> - Stoppeklokke - Skåringsark - Stol/rullestol til bruk ved hvilepauser mellom deltester ved behov - Nødvendig ganghjelpemiddel
Sted	<ul style="list-style-type: none"> - 10 meter korridor oppmerket med to meter akselerasjonsfase, og to meter nedbremsningsfase. Tiden blir målt i de midterste seks meterene (de seks meterne som måles indikeres av de to innerste tapemarkeringene). - Jevnt underlag - Test i samme korridor ved hver test/retest
Tid	Under fem minutter
Pasient	<ul style="list-style-type: none"> - Må bruke sko, helst samme type sko hver gang - Ganghjelpemiddel og ortose er tillatt. Pasienten bruker det ganghjelpemiddelet / ortosen de bruker når de går selvstendig³ eller under trening med terapeut. Ganghjelpemiddelet og ortosen som blir brukt må dokumenteres. Hvis pasienten har skiftet ganghjelpemiddel eller går uten ganghjelpemiddel, testes og dokumenteres ganghastigheten også med det nye hjelpemiddelet /evt. uten: - Fysisk assistanse er tillatt men kun for å forhindre fall, ikke for at pasienten skal kunne gå raskere (f.eks. assistanse til svingfasen, eller svinge benet raskere). Grad av assistanse dokumenteres med FAC skår. Om assistanse er nødvendig for svingfasen, eller det kreves assistanse for å få pasienten fremover, skåres testen med 0 m/s - Transport til teststed er tillatt hvis tester vurderer det som nødvendig.
Tester	<ul style="list-style-type: none"> - Gir standardiserte instruksjoner før og under testen (se <i>instruksjon</i>) - Testeren skal ikke snakke til pasienten under testen, fordi dette kan påvirke pasientens ganghastighet. - Unngå å gå direkte ved siden av pasienten eller foran pasienten. Dette kan påvirke pasientens ganghastighet - Fyller ut skåringsark underveis og etter testen
Forberedelse	<ul style="list-style-type: none"> - Sørg for at tapemerkene er synlig for pasienten - Forklar testen for pasienten (se <i>instruksjon</i>)



	<ul style="list-style-type: none">- Det er anbefalt å ha en stol tilgjengelig slik at pasienten kan sette seg ved behov
Gjennomføring	<p>Før testen</p> <ul style="list-style-type: none">- Få pasienten til å stå stille bak første strek ved startstrek (0 meter).- Se til at pasienten er uthvilt før start. La gjerne pasienten sitte når du gir informasjon om testen. <p>Under testen</p> <ul style="list-style-type: none">- Stoppeklokken startes og stoppes ved første hofta som passerer tapen ved henholdsvis to meter, og ved åtte meter.- Hvis pasienten ikke går i instruert hastighet under første forsøk, stopp testen og instruksjonen gjentas.- Pasienten skal ikke snakke under testen. Unntak er hvis pasienten ønsker å avslutte testen grunnet svimmelhet eller smerter. <p>Etter testen</p> <ul style="list-style-type: none">- Regn ut tiden som forklart tidligere.- Dokumenter ganghjelpemiddel og ortose.
Instruksjon	<p>Før testen:</p> <ul style="list-style-type: none">- «Hensikten med denne testen er å måle ganghastigheten din, først når du går i din vanlige, komfortable hastighet, og deretter når du går så raskt du kan. Du skal gå fra denne streken til den streken du ser der borte (peker på strekene). Du skal gå testen to ganger for hver hastighet. Jeg vil gå litt bak deg og ta tiden.» <p>Under testen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Selvvalgt ganghastighet: «Gå i din normale, komfortable hastighet nedover korridoren. Du starter på min kommando når jeg sier klar-gå. Er du klar til å begynne?»- Maksimal ganghastighet: «Gå så raskt du kan, men fremdeles på en trygg måte. Du starter på min kommando når jeg sier klar-gå. Er du klar til å begynne?» <p>Ved avslutning:</p> <ul style="list-style-type: none">- «Bra gjennomført!»
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">- Pasienter med mål om å kunne gå, men ikke klarer å gå 10 meter, skal 10MWT skåres med 0 ved baseline testing.- Testen anbefales å gjennomføres minimum to ganger for å analysere fremgang ved pasienten (innkomst og utreise).

«Hva om det ikke er en 10 meter korridor som kan brukes til testing?»

- I FIRST prosjektet må det være 10MWT.
- Variasjoner av 10MWT eksisterer, som 5MWT. Kliniske anbefalinger er å ha en 'akselerasjonsfase' og en 'nedbremsningsfase' under 5MWT. Ta til etterretning av 5MWT ikke er like godt validert ved så mange diagnose/tilstander som 10MWT^{4,5}.
- Organisasjoner og enkelttestere anbefales å bruke 10MWT etter standardisert protokoll for å få et overblikk over pasientens fysiske funksjon. Ved tilfeller der standardisert protokoll ikke kan opprettholdes, skal dette dokumenteres.

«Pasienten har behov for fysisk assistanse. Kan testen fortsatt gjennomføres?»

- Ja, 10MWT kan gjennomføres om pasienten har behov for fysisk assistanse. Dokumenter tiden (m/s), FAC skår, og ganghjelpemiddel / ortose.
- Grad av assistanse bør dokumenteres med FAC. Om pasienten har behov for hjelp med fremdrift skåres testen med 0 m/s.
- Publiserte normative data kan ikke nødvendigvis sammenlignes ved tilfeller der pasienten får fysisk assistanse.

«Hva om det ikke er klinisk gjennomførbart å utføre to runder for både selvvalgt hastighet og maksimal hastighet?»

- I FIRST prosjektet må det være gjennomført to runder.
- Om det ikke er klinisk gjennomførbart å utføre to runder, er det anbefalt å ta en runde selvvalgt hastighet, og en runde maksimal hastighet for å få informasjon om pasientens potensielle fremtidige progresjon.
- Om det ikke er gjennomførbart med to runder, er det anbefalt å prioritere selvvalgt hastighet. Pasienten har større sannsynlighet til å fungere utendørs og i sosiale settinger om han/hun kan gå fort. Om dette er pasientens mål, bør maksimal hastighet bli målt så tidlig som mulig i

rehabiliteringsforløpet, og retestet for å se forskjell.

«Pasienten har redusert kognitiv funksjon, blir lett distraheret under testen, og glemmer målet med testen. Kan testen fortsatt bli gjennomført?»

- Ja, testeren kan bruke enkle verbale, visuelle og/eller taktile fasiliteringsteknikker for å minne dem på målet med testen, som f.eks 'Fortsett å gå. Gå til streken'. Dokumenter typen fasilitering og hvor ofte det var et behov.

«Kan pasienten bruke ganghjelpemiddel under 10MWT?»

- Ja, pasienten kan bruke ganghjelpemiddel under testen. Det er anbefalt å dokumentere hva slags ganghjelpemiddel som ble brukt under test ved innkomst, og bruke det samme ganghjelpemiddelet ved retesting.
- Uegnede ganghjelpemidler kan ha en negativ innvirkning på ganghastigheten og derfor redusere validiteten på testen. Det er tilfeller hvor pasienten bytter ganghjelpemiddel utover i forløpet. Om dette er tilfelle bør grunnen dokumenteres.
- Om pasienten ikke har behov for ganghjelpemiddel lenger, eller har bedret funksjon og har behov for et ganghjelpemiddel med mindre støtte, retestes 10MWT med endringen av ganghjelpemiddel og dokumenteres.
- Det er ønskelig å bruke det ganghjelpemiddelet som pasienten klarer å gå selvstendig med.

«Kan pasienten bruke ortose under testen?»

- Ja, pasienten bør bruke den ortosen som er nødvendig for gange (AFO, KAFO, neuroprotese, o.l.)⁶.
- Om pasienten ikke har behov for ortose lenger, bør det testes uten ortose og dokumenteres.
- Det er ønskelig å bruke den ortosen som hjelper pasienten i å ha en selvstendig gange.

«Hvor bør testere stå for å sikre, ved behov?»

- Testeren holder seg bak pasienten under testen.

Da unngår man at pasientens hastighet blir påvirket av testerens ganghastighet, og at pasienten får se tiden på stoppeklokken³.

«Bør en telle antall skritt under 10MWT?»

- En kan. Det å telle antall steg kan gi informasjon om pasientens steglengde. Notere antall steg kan gi individuelle verdier til spesifikke kliniske settinger. Det er ikke gjort tilstrekkelig forskning for validiteten ved å observere antall steg i forskjellige neurologiske diagnoser³.

REFERANSER

1. Moore JL, Potter K, Blankshain K, Kaplan SL, O'Dwyer LC, Sullivan JE. A Core Set of Outcome Measures for Adults With Neurologic Conditions Undergoing Rehabilitation: A CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. *J Neurol Phys Ther.* 2018 Jul;42(3):174-220
2. Steffen T, Seney M. Test-retest reliability and minimal detectable change on balance and ambulation tests, the 36-item short-form health survey, and the unified Parkinson disease rating scale in people with parkinsonism. *Phys Ther.* 2008;88(6):733-746.
3. Watson MJ. Refining the ten-metre walking test for use with neurologically impaired people. *Physiother.* 2002;88(7):386-397.
4. Tyson, S. and L. Connell, The psychometric properties and clinical utility of measures of walking and mobility in neurological conditions: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2009. 23(11): p. 1018-33.
5. Jain A. Impact of static v/s dynamic start on results of 10 Metre Walk Test in patients with acute traumatic brain injury. *Indian J Physiother Occup Ther.* 2016;10(1):11-14.
6. Jackson AB, Carnel CT, Ditunno JF, et al. Outcome measures for gait and ambulation in the spinal cord injury population. *J Spinal Cord Med.* 2008;31(5):487-499