

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention för Stroke och Transitorisk ischemisk attack

Innehåll

Introduktion.....	2
Teoretiska antaganden inom fysioterapi.....	2
Funktionstillstånd / diagnos	2
Indikation för fysioterapi.....	3
Utfallsmått och intervention.....	4
Mätmetoder / Utfallsmått	4
Intervention	5
Restriktioner och riskanalys	6
Vårdkedja/Uppföljning/Arbetsätt	7
Sökvägar.....	8
Referenser.....	8

Författare och produktionsår

Enhet	Namn	Profession	Datum	E-post
Neuro 1	Daniel Bagge Elvira Grahn	Fysioterapeut Fysioterapeut	2019- 04-04	daniel.bagge@sll.se elvira.grahn@sll.se

Reviderat

Enhet	Namn	Profession	Datum	E-post	Telefon
Neuro 1	Nicole Bernats	Fysioterapeut	2019- 07-11	Nicole.bernats@sll.se	
Neuro 2	Helena Grönstedt	Specialistsjukgymnast, med. Dr.		Helena.gronstedt@sll.se	
Neuro 1	Elvira Grahn	Fysioterapeut	2019- 09-17	Elvira.grahn@sll.se	0724681374

Granskare

Enhet	Namn	Profession	Datum	E-post	Telefon
Neuro	Evelina Laasonen Gomaa	specialistsjukgymnats	2019-10- 01	Evelina.laasonen-gomaa@sll.se	0724681368

Introduktion

Teoretiska antaganden inom fysioterapi

Fysioterapi syftar till att främja hälsa, minska lidande och till att behålla eller återvinna optimal rörelseförmåga och rörelsebeteende. Fysioterapi omfattar kunskap om människan som en fysisk, psykisk, social och existentiell helhet i ett hälsoperspektiv. I centrum för kunskapen står förståelse av kroppen, dess rörelse och funktion samt interaktion med andra och med miljön (1).

Funktionstillstånd / diagnos

Stroke definieras av WHO som snabbt utvecklande av kliniska tecken till fokala eller global störning av cerebral funktion som varar längre än 24 timmar eller leder till döden, utan annan uppenbar orsak än vaskulär (2). En Transitorisk Ischemisk Attack (TIA) består av fokala symtom med ischemisk genes, och ska per definition inte vara längre än 24 timmar; oftast varar de i ett par minuter, till några timmar. Trots attackens korta varaktighet ska den tas på största allvar, då personer som fått en TIA löper högre risk för att insjukna i en ny TIA eller stroke inom några dagar eller veckor (3).

Stroke kan delas upp i tre undergrupper: Hjärninfarkter står för cirka 85 % av insjuknanden, intracerebrala blödningar för 10% och subaraknoidalblödningar för 5%. Beroende på vart i hjärnan som skadan sker, kommer symtomen att variera. Symtomen kan vara av både motorisk och icke-motorisk karaktär som plötslig svaghet, känselnedsättningar, talsvårigheter, synsvårigheter, yrsel, gångsvårigheter och huvudvärk, och drabbar oftast en sida av kroppen (3). Majoriteten av symtomen påverkar möjligheten att utföra ADL.

Under en 22-nations studie återfanns 10 stycken modifierbara riskfaktorer som förklarade 90% av risken att drabbas av stroke, efter att ha sammanställt data från 3000 stycken patienter. Högt blodtryck, tobaksrökning, midja-till-höft-omfång, alkoholkonsumtion och dåliga matvanor är de riskfaktorer som både finns hos ischemisk stroke och hjärnblödning (4).

Idag finns det ett standardurval, även kallat "ICF-core set", av ICF-kategorier kopplat till stroke-insjuknande. Urvalet har framtagits av en interprofessionell expertgrupp vid en Core set-konferens, där minst hälften av expertgruppen behövde hålla med om en kategori för inkludering, se tabell I (5).

Stroke är en av de största folksjukdomarna i Sverige. Enligt Socialstyrelsens statistikrapport om stroke, drabbades cirka 26 500 personer av stroke i Sverige år 2016, varav 6900 avled (6).

Tabell I. Standardutvalet för stroke

ICF-komponent	ICF-kod	ICF-kategoribeteckning
<i>Kroppsfunktion</i>	b110	Medvetandefunktioner
	b114	Orienteringsfunktioner
	b730	Muskelkraftfunktioner
	b167	Psykiska språkfunktioner
	b140	Uppmärksamhetsfunktioner
<i>Kroppsstruktur</i>	s110	Struktur i hjärnan
<i>Aktivitet och Delaktighet</i>	a/p450	Att gå
	a/p330	Att tala
	a/p5230	Att sköta toalettbehov
	a/p550	Att äta
	a/p510	Att tvätta sig
<i>Omgivningsfaktorer</i>	e310	Närfamilj

Indikation för fysioterapi

Personer som drabbats av stroke har, beroende på lokalisering av skadan, olika neurologiska bortfall. Det är viktigt att skilja på stroke och TIA, då mötet av patienter med TIA bör innehålla en anamnes samt en dialog kring primärpreventiva åtgärder, för att minska risken för stroke. Detta eftersom det föreligger en hög risk att drabbas av ischemisk stroke den närmsta tiden efter insjuknandet (7). Fysioterapeuter ingår i det multiprofessionella teamet och skall så snart som möjligt efter patientens insjuknande utföra en fördjupad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga. Denna bedömning ligger till grund för ställningstagande till vidare rehabiliteringsnivå eller annan vårdnivå. Rätt rehabilitering i ett så tidigt skede som möjligt är essentiellt för att personen ska kunna bibehålla eller återfå så mycket funktion som möjligt. Rehabiliteringen initieras redan i det akuta skedet efter insjuknandet i stroke för att förhindra komplikationer och öka förutsättningarna för återhämtning (7).

Fysioterapi

Neurologisk bedömning av fysioterapeut i ett så tidigt skede som möjligt är avgörande för att patienten ska kunna få rätt sekundärpreventiva åtgärder som till exempel råd om fysisk aktivitet, optimal rörelseförmåga och uppföljning av neuroteam. Idag finns det 36 indikatorer för vård vid stroke. Indikationen för fysioterapi inom akut strokevård kan kopplas samman med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:10) där patientens funktionsnedsättningar och begränsningar i aktivitet och delaktighet bedöms och sammanställs i en rehabiliteringsplan. I den individuella behandlingsplanen ska patientens behov, mål för de samordnade insatserna, planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser, vilken verksamhet och personal som genomför insatserna samt en tidsplan ingå (7).

Utfallsmått och intervention

Mätmetoder / Utfallsmått

Tabell II. mätmetod fysioterapi

Mätmetod	Syfte	K S	K F	A/ D	O/ M	P	Minim al core set	Registe r	Referen s
Häl-knä-test	Undersöka motorik och koordination		x						(8)
Armar-framåt-sträck	Undersöka muskulatur och kraft		x						(9)
Diadokokinesi	Undersöka koordination		x						(10)
Finger-nästest	Undersöka koordination		x						(11)
0-5 skalan	Undersöka muskulatur och kraft		x						(12)
Sensibilitet för beröring (distalt armar och ben, ansikte)	Undersöka sensibilitet		x						
Rombergs	Undersöka motorik, koordination och balans		x						(13)
Skärpt Rombergs	Undersöka motorik, koordination och balans		x						(13)

Gånganalys (tå- och hälgång, tandemgång, huvudvridningar, vändning, trappgång)	Undersöka motorik och koordination		x						(14)
Förflyttningsbedömning	Undersöka motorik och koordination		x				x		
Modifierad Ashworth-scale	Undersöka muskeltonus	x	x						(15)

KS = kroppsstruktur, KF = kroppsfunktion, A/D= aktivitet/delaktighet, O/M= omgivning/miljöfaktorer, P=Personfaktorer.

Intervention

Val av intervention baseras på resultat av bedömning och målsättning i samverkan med patienten. Målen bör vara SMARTA-mål, (Specifika, Mätbara, Attraktiva, Relevanta/Realistiska, Tidsbestämda, Accepterade) (16).

Tabell III. Intervention Fysioterapi

Intervention	Målsättning	K S	K F	A/D	O/M	P	Referens (1)	Evide ns- nivå, 1-5
Information om levnadsvanor	Sekundärprofylax				x	x	(17)	2
Mobilisering	Motverka komplikationer/initiera rehabilitering		x	x			(18)	2
Andningsgymnastik	Undvika respiratoriska komplikationer. Optimal syresättning	x	x				(19)	3
Utprovning av gånghjälpmedel	Skapa förutsättningar för optimal funktion/minska risken för fall		x	x	x	x	(20)	3
Utformning av träningsprogram	Initiera rehabilitering	x	x	x			(21)	3

Förklarande text: KS = kroppsstruktur, KF = kroppsfunktion, A/D= aktivitet/delaktighet, O/M= omgivning/miljöfaktorer, P=Personfaktorer.

Referens: ange källhänvisning, Evidens: Angiven evidensnivå enligt bilaga 1.

Restriktioner och riskanalys

De patienter som får genomgå trombektomi för sin stroke, har sängläge i 24 timmar efter artärpunktion. Detta för att säkerhetsställa att patienten ej åter punkterar artären. Tid för artärpunktion ska stå i patientens operationsberättelse. Notera att det inte är alla strokepatienter som får genomgå trombektomi.

Det händer att patienter med hjärnblödningar har sängläge en tid efter insjuknande, för att minimera risken för reblödning. Detta ska ha bestämts av den patientansvariga läkaren, och nedtecknats i journal. Om oklarheter angående plan/sängläge finns, rekommenderas det att fråga ansvarig sjuksköterska eller läkare innan mobilisering.

Riskanalys

Om patienter ej får träffa fysioterapeut på strokeenhet, riskeras eftervården att bli felaktig. Fysioterapeuternas bedömningar ligger till grund för vilken typ av instans och rehabiliteringsnivå som är bäst lämpad för personen i fråga. Vid suboptimal rehabilitering, följer suboptimal återhämtning, vilket i sin tur följs av större kostnader i form av hemhjälp, nya boenden, mindre självständighet; även sämre livskvalitet för patienten som ej fått ut det bästa av rehabiliteringsperioden. Den först följda subakuta fasen (upp till ett halvår efter

insjuknandet), är den fas då återhämtningspotentialen är som högst. Vissa framsteg kan göras i kronisk fas, men dessa är inte lika påtagliga som i den subakuta fasen (22).

Vårdkedja/Uppföljning/Arbetsätt

Vårdkedja

Den neurologiska rehabiliteringskedjan vid stroke är uppbyggd utifrån olika faser (akutvård, akut rehabfas, planering av boende, nyutskriften, återkommande rehabilitering under lång tid). Varje fas representeras av olika rehabiliteringsalternativ med neurologisk inriktning: Den ineliggande rehabiliteringen består av: Specialiserad rehabilitering för vuxna (Rehab Station Stockholm, Rehabcentrum Kungsholmen/Stockholms Sjukhem, Stora Sköndal), Högspecialiserad rehabilitering med arbetslivsinriktning (Danderyds hjärnskaderehab) samt geriatrisk inriktad rehabilitering. För de patienter som inte är i behov av en ineliggande rehabilitering, men en dagrehabilitering, finns detta att tillgå på Danderyds sjukhus, Stora Sköndal och Rehab Station Stockholm. Patienter med en stroke eller TIA diagnos som skrivs ut direkt till hemmet erbjuds alltid uppföljning av Neuroteam, vilket är ett rehabteam inkluderat arbetsterapeut, fysioterapeut/sjuktymnast, logoped och kurator som har möjlighet att utföra hembesök. Enligt Stockholmsmodellen ska alla strokepatienter erbjuds denna uppföljning (7, 23)

Arbetsätt

Enligt de Nationella Riktlinjerna har alla strokepatienter rätt till att få träffa fysioterapeut (7). Här på Karolinska sjukhuset är det en gemensam bedömning i hela teamet vilka patienter som behöver insatser från fysioterapeut (även om fysioterapeuten själv har sista ordet vem hen ska prioritera).

Dessa patienter träffas i slutenvården så fort som det bedöms möjligt, för en första bedömning av fysioterapeut. Dessa personer ska ha stroke-kompetensutbildning för att säkerhetsställa högspecialiserad vård och högkvalitativa bedömningar.

Fysioterapeutens huvudsakliga roll i akutsjukvården på Karolinska Sjukhuset är att ta ställning till patientens rehabiliteringspotential och -behov, och därefter ta ställning till vilken rehabiliteringsnivå som bäst kommer passa personen. För att göra detta krävs en helhetsbedömning, vilket görs ur olika perspektiv baserat på de olika professionernas kompetensområden. Professionerna träffar ofta patienterna tillsammans för en gemensam bedömning. Fysioterapeuten med ett rörelse- och funktionsinriktat perspektiv. Dessa bedömningar ska ligga till grund för en holistisk syn på patientens nuvarande situation, samt vad som rekommenderas rehabiliteringsmässigt, för att återfå samt bibehålla funktion.

Till följd av de höga patientflödena på strokeavdelningen har storkerehabiliteringen på senare år en alternativ rehabilitering till den akuta som getts på sjukhus. Patienter med lindriga till måttliga funktionsnedsättningar erbjuds tidigare hemgång från sjukhus med fortsatt rehabilitering i hemmet (7). Fysioterapeut, arbetsterapeut eller läkare är då ansvarig för att en remiss skickas till neuroteam som kan följa upp rehabiliteringen i hemmet.

Uppföljning

Uppföljning för stroke- och TIA-patienter görs ej av fysioterapeuter på Karolinska Sjukhuset. Efter hemgång (antingen direkt från strokeenheten, eller efter en tid på rehabiliteringsinstans) följs patienter upp av inkopplade neuroteam, som per definition måste ha arbets- samt fysioterapeuter anställda med hög kompetens inom neurologiska funktionshinder (24). Dessa gör oftast en gemensam bedömning hemma hos patienten, för att kartlägga nuvarande status, SMARTa mål och planering för att nå dessa. Frekvensen av uppföljningsbesök (efter första bedömningen) från neuroteam varierar mellan de olika teamen; Idag finns det ingen gyllene standard gällande frekvens av återbesök/uppföljning.

Det finns evidens för att tidig understödd hemgång ger goda resultat av återhämtning för stroke-patienter (25-27).

Sökvägar

Sökningar har utförts via Pubmed och Socialstyrelsens hemsida vid flertalet tillfällen under vårdprogrammets utformning. Inga specifika MeSH-termer har använts.

Nyckelord för sökningar har varit: Stroke, mobilization, restriction, rehabilitation

Referenser

1. Fysioterapeuterna/Broberg T-L. Fysioterapi - profession och vetenskap [Internet]. <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/webb-fysioterapi-vetenskap-och-profession-20160329.pdf>
2. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bull World Health Organ.* 1980;58(1):113-30.
3. Institute for quality and efficiency in health care. Stroke: Overview. 2006 25-02-2019. In: *Informed Health Online* [Internet]. Hämtad från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279214/>.
4. Boehme AK EC, Elkind MSV. Stroke risk factors, Genetics, and Prevention. *Circ Res.* 2017 feb;120(3):472-95.
5. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF Core Sets for stroke. *Journal of rehabilitation medicine.* 2004(44 Suppl):135-41.
6. Socialstyrelsen. Statistik om stroke 2016 [internet]. 2017. [citerad 1 mars 2019] Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-18_SSoS_IcmHf.
7. Nationella riktlinjer för vård vid stroke, 2018. Stöd till styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.

8. Park G-T, Kim M. Correlation between mobility assessed by the Modified Rivermead Mobility Index and physical function in stroke patients. *Journal of physical therapy science*. 2016;28(8):2389-92.
9. Fredriksson S. "Armar-uppåt-sträck" bättre än "Grassets test". *Läkartidningen* [Internet]. 29 mars 2006. [citerad 1 april 2019]; hämta från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=3660>
10. Hermsdorfer J, Marquardt C, Wack S, Mai N. Comparative analysis of diadochokinetic movements. *J Electromyogr Kinesiol*. 1999;9(4):283-95.
11. Rodrigues MRM. IS the Finger-to-nose Test adequate for evaluating upper-limb coordination in patients with stroke? [master's thesis on the Internet]. Monreal: School of Physical and occupational therapy; 2015 [citerad 1 april 2019] Hämtad från: http://digitool.library.mcgill.ca/webclient/StreamGate?folder_id=0&dvs=1554109849589~939
12. Hislop HJ, Montgomery J. Daniels and Worthingham's Muscle Testing techniques of Manual Examination. 1995.
13. Lanska DJ. The Romberg sign and early instruments for measuring postural sway. *Semin Neurol*. 2002 Dec;22(4):409-18
14. Balasubramanian CK, Clark DJ, Fox EJ. Walking adaptability after a stroke and its assessment in clinical settings. *Stroke research and treatment*. 2014;2014:591013-.
15. Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther* 1987;67:206-207.
16. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av effektivitetsindikatorer 2016.
17. Maasland L B-GD, den Hertog HM, Koudstaal PJ, Dippel DW. Health education in patients with a recent stroke or transient ischaemic attack: a comprehensive review. *International Journal of Stroke*. 2011; 6; 67-745.
18. Li Z ZX, Wang K, Wen J. Effects of Early Mobilization after Acute Stroke: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2018 May;27(5):1326-1337.
19. Menezes KK NL, Avelino PR, Alvarenga MTM, Teixeira-Salmela LF. Efficacy of Interventions to Improve Respiratory Function After Stroke. *Respir Care*. 2018 Jul;63(7):920-933.
20. Allet L LB, Guyen E, Murphy L, Monnin D, Herrmann FR, Schnider A. Effect of different walking aids on walking capacity of patients with poststroke hemiparesis. *Arch Phys*

Med Rehabil. 2009 Aug;90(8):1408-13.

21. Kerr A CA, Cooke EV, Rowe P, Pomeroy VM. Functional strength training and movement performance therapy produce analogous improvement in sit-to-stand early after stroke: early-phase randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2017 Sep;103(3):259-265.

22. Coleman ER, Moudgal R, Lang K, Hyacinth HI, Awosika OO, Kissela BM, et al. Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Current atherosclerosis reports*. 2017;19(12):59-.

23. Rehabvalet. Rehabiliteringskedja vid stroke [Internet]. 2013 [citerad 3 april 2019]. Hämtad från: <http://www.rehabvalet.se/rehabiliteringskedja/stroke/Stockholm/>

24. Rehabvalet. Neuroteam [Internet]. 2013; citerad 1 mars 2019. Hämtad från: <http://www.rehabvalet.se/vardgivare/neuroteam/>

25. Langhorne P, Holmqvist LW. Early supported discharge after stroke. *Journal of rehabilitation medicine*. 2007;39(2):103-8.

26. Langhorne P, Taylor G, Murray G, Dennis M, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet*. 2005;365(9458):501-6.

27. Pessah-Rasmussen H, Wendel K. Early supported discharge after stroke and continued rehabilitation at home coordinated and delivered by a stroke unit in an urban area. *Journal of rehabilitation medicine*. 2009;41(6):482-8.