

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Stroke

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
Introduktion	2
Målsättning	3
Intervention	3
Mätmetoder	5
Restriktioner	6
Uppföljning/vårdkedja	6
Referenser	7

Författare

Elin Faren, Malin Sjölander, Marie Halvorsen och Hellen Akumu-Opwapo leg. sjukgymnaster

Reviderat 2010 av: Malin Sjölander, Charlotte Chruzander, Ylva Buss, Marie Halvorsen samt Susanne Littorin leg. sjukgymnaster.

Reviderat 2014 av: Helena Grönstedt specialistsjukgymnast, Med dr, Malin Eklund specialistsjukgymnast, MSc, Belinda Sarlija specialistsjukgymnast, MSc.

Kontaktinformation

[malin.eklund@karolinska.se](mailto:malin eklund@karolinska.se), belinda.sarlija@karolinska.se
helena.gronstedt@karolinska.se tel: 08-585 819 55 Neuro/Geriatriska sektionen

Sökvägar

- Databaser: www.socialstyrelsen.se, www.sbu.se, www.pubmed.se
www.cochrane.com
- Sökord: nationella stroke riktlinjer, stroke, rehabilitation, physiotherapy, transitorisk ischemisk attack

Produktionsår

2006

Revideringsår:

2010 och 2014

POSTADRESS
SE-171 76 STOCKHOLM

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET, HUDDINGE
BESÖKSADRESS HÄLSOVÄGEN, FLEMINGSBERG
TELEFON VX 08-585 800 00

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET, SOLNA
BESÖKSADRESS KAROLINSKA VÄGEN, SOLNA
TELEFON VX 08-517 700 00

Introduktion

Stroke, även definieras av World Health Organisation (WHO) som snabbt påkommande fokalt störning av hjärnans funktion med symtom som varar mer än 24 timmar eller leder till döden, och där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär (1). Det finns tre principiella orsaker till stroke: hjärninfarkt, som svarar för cirka 85 procent av samtliga fall i Norden och som vanligen uppkommer till följd av kardiell emboli (cirka 30 %), storkärlssjukdom (cirka 25 %) samt småkärlsskada (cirka 20 %). Andra orsaker svarar för cirka 5 procent och för övriga fall kan inte säker orsak fastställas. Vidare kan orsaken vara hjärnblödning (10 %) och subarachnoidalblödning (5 %), som uppkommer till följd av kärlbristning av ett aneurysm (1). Stroke är den vanligaste orsaken till förvärvat neurologiskt funktionshinder hos vuxna och är den enskilda somatiska sjukdomsgrupp som står för flest vård dagar på svenska sjukhus. Varje år insjuknar ca 30 000 personer i stroke. Medelåldern vid insjuknande är drygt 75 år och omkring 20 % av patienterna är yngre än 65 år. Kvinnor är i genomsnitt fem år äldre (77) än män (73) vid insjuknandet. Återinsjuknande i stroke står för 25 % av samtliga strokefall i Sverige. Årligen drabbas cirka 8 000-10 000 människor av transitoriska ischemiska attacker (TIA). TIA definieras som ett tillfälligt och övergående tillstånd av syrebrist i hjärnan, orsakade av en liten propp, där symtomen försvinner inom 24 timmar. Cirka 10 % av dem som har en TIA får en stroke inom 2 dagar (2). Många av patienterna får svåra funktionshinder som kräver vård och rehabilitering under lång tid. Den totala kostnaden för samhället har uppskattats till 12,3 miljarder kronor/år i Sverige. Tre månader efter insjuknande bor ca 60 % i eget boende och ca 16 % vårdas i särskilda boendeformer. Ungefär en femtedel av de som bor i eget boende har hemtjänst (3).

De vanligaste symtomen vid stroke är (1,5):

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| -Pares, ofta halvsidig | -Smärta |
| -Nedsatt sensibilitet | -Tal- svälj- och språkstörningar |
| -Nedsatt koordination | -Kognitiv påverkan |
| -Nedsatt balans | -Synrubbningar |
| -Förändrad muskeltonus | -Yrsel |
| -Neglekt | -Akut insättande huvudvärk |
| -Depression | -Emotionella reaktioner |

Snabb behandling från symtomdebut ökar möjligheten till att bli helt eller nästan återställd från symtomen. Akut trombolysbehandling kan ha avgörande betydelse för patienter med hjärninfarkt (ischemiskt slaganfall, ischemisk stroke) och ska utföras snarast dock inom 4,5 timme efter symtomdebut. De senaste åren har trombektomi med endovaskulär teknik börjat användas som ett komplement till intravenös trombolys. Behandlingen har i första hand visat ökade sjukvårdskostnader med 19 miljoner kronor men medför en besparing på långsikt baserad på minskad andel patienter med resurskrävande aktivitetsbegränsningar (2, 3). Nationella riktlinjer för stroke (NRS) har som mål att hälso- och sjukvård prioriterar och fördelar sina resurser effektivt.

Vård på strokeenhet har visats förbättra prognosen och minskat dödligheten med ca 25 %, minskat risken för aktivitetsbegränsning och minskat behov av institutionsboende (3). En av nyckelkomponenterna för en framgångsrik strokeenhet är att vården bedrivs av ett multidisciplinärt team. Individuell anpassad bedömning av funktion och aktivitet liksom tidigt påbörjad mobilisering och rehabilitering är en viktig komponent på strokeenheten (3).

Vårdavdelningarna R 15, R 12, R 82, NAVE, NAVA och B 81 klassificeras alla som strokeenheter och majoriteten av patienter som inkommer med stroke till Karolinska Universitetssjukhuset vårdas på dessa avdelningar. Mycket svårt sjuka patienter med neurologiska skador/sjukdomar kan vårdas på övervakningsavdelningarna, NAVE, som finns både på Solna och på Huddinge (5).

Målsättning

- Att nationella riktlinjer för stroke (NRS) följs på Fysioterapikliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset
- Att alla nya patienter träffar en sjukgymnast/fysioterapeut för bedömning inom 24 timmar under vardag.
- Att personer med stroke som vårdas på Karolinska Universitetssjukhuset erhåller evidensbaserade individuella anpassade sjukgymnastiska/fysioterapeutiska åtgärder utformade efter bedömning.

Intervention

Interventionerna är individuellt anpassade och utformade efter olika preventionsnivåer utgående från NRS rekommendationer samt efter sjukgymnastisk bedömning (2, 3). Tillstånds- och åtgärdscombinationerna i NRS är rangordnade i förhållande till kostnaden vid de aktuella hälsotillstånden i en skala 1 till 10. 1:a anger störst angelägenhet och 10 en liten eller ingen nytta alls i förhållande till kostnaderna.

- **Sjukgymnastisk/fysioterapeutisk undersökning och bedömning** innefattar, anamnesupptagning genom intervju samt klinisk undersökning med observation och standardiserade mätmetoder som grund för analys och bedömning av patienternas problem, resurser, vårdbehov och val av åtgärder. Beroende på patientens funktionstillstånd bör träning, grad av ansträngning, duration och tid anpassas. Den vetenskapliga evidensen visar att intensiv rehabilitering är effektivt (4). Det konstateras att fysioterapi/sjukgymnastik är bättre än ingen träning alls och att träning med kombinerade åtgärder ger minskad ADL- beroende (3, 5).

- **Andning:** Patienter med andningsbesvär prioriteras kliniskt först på Karolinska Universitetssjukhus. Individanpassad andningsvård utifrån patienternas behov. V.g. se separat vårdprogram för fysioterapeutisk intervention för andningsgymnastik vid neurologiska sjukdomar, Karolinska Universitetssjukhus (6).
- **Balans- och gångträning (prioritet 2):** Tidig påbörjad träning på en generell nivå i aktivitet vid nedsatt balans – och gångförmåga med optimala hjälpmedel förbättrar samliga funktioner och minskar risk för fall och ADL- beroende.
- **Fysisk träning på recept (FaR) (prioritet 2):** Sekundärprevention som råd om livsstilsförändringar med motiverande samtal. Ökad fysisk aktivitet och undvikande av långvarig stillasittande. Det finns vetenskapligt stöd för ett samband mellan stillasittande beteende och ökad risk för dödlighet.
- **Fallprevention (prioritet 3):** Fall är en vanlig komplikation efter stroke. De patienter som fallit under sjukhusvistelsen har också en ökad fallrisk efter att de kommit hem. Påverkan på muskelstyrka, rörelseförmåga och muskelspänning, ledrörlighet, smärta, känsel och syn samt perception kan tillsammans eller var och en för sig leda till försämrad balans och ökad risk för fallolyckor (3,6).
- **Uppgiftsspecifik motorisk träning så som tidig mobilisering och rehabilitering (prioritet 3):** Vetenskapliga studier visar att uppgiftsspecifik träning förbättrar förmågan vid dessa aktiviteter.
- **Kartläggning av boende (prioritet 4):** Kan göras genom uppgiftshämtning från patienten eller anhöriga eller genom hembesök undantagsvis göras från avd B81. V.g. se separat vårdprogram för sjukgymnastisk/fysioterapeutisk intervention vid hembesök, Karolinska Universitetssjukhus.
- **Information av anhöriga (prioritet 4):** Strukturerad information och utbildning av anhöriga i livsstilsförändring, rehabiliteringspotential och andra insatser ger förståelse i patientens situation och val av interventioner/åtgärder.
- **Utprovning av fotledsortos (prioritet 5):** Vid nedsatt dorsalextension i fotleden kan utprovning av ortos i akut skede för att möjliggöra uppgiftsspecifik träning som gång- och förflyttningsträning.
- **Kontrakturprofylax (prioritet 6):** Vidmakthålla rörlighet vid risk för kontrakturer genom rörelseuttag.
- **Smärtlindring av skuldra (prioritet 6):** Sjukgymnastiska/fysioterapeutiska åtgärder vid smärtlindring av skuldra är ff.a. i förebyggande syfte så som uppmärksamma den svaga armen, armslynga, avlastning med ex. bord eller kudde och viloställningar (3). TENS eller akupunktur ges inte vetenskapligt stöd som smärtlindrande behandling av paretiska armen vid stroke.

Mätmetod/Utvärderingsinstrument

Mätmetoder är funktionsorienterade. Här nedan följer förslag på utvärderingsinstrument som är lämpliga att använda.

Tabell 1. Översikt över vanliga symtom/ sjukgymnastiska, fysioterapeutiska problem som kan förekomma vid stroke och klassificeras enl. ICF.

Funktionsnedsättning	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet/ delaktighet	Omgivning /miljö
Nedsatt gångförmåga	-		x	
Nedsatt förflyttningsförmåga	-		x	
Nedsatt balans	-	x		
Nedsatt muskelstyrka	-	x		
Nedsatt koordination	-	X		
Förändrad muskeltonus	-	x		

Tabell 2. Översikt över utvalda mätmetoder/ utvärderingsinstrument som har klassificeras enl. ICF.

Mätmetod	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet/ delaktighet	Omgivning /miljö
Timed up and go (7,11)	Test av förflyttningsförmåga och även användas för bedömning av fallrisk		x	
Bergs balansskala (8-10)	Test för balansen i olika positioner/moment	x		
Rombergs test (12)	Test av stående balans	x		
10m gångtest (13)	Test av självvald gånghastighet		x	

Restriktioner

Extra försiktighet ska iaktas vid stor intracerebral blödning och subarachnoidalblödning. Hänsyn till patientens allmäntillstånd måste alltid tas.

Uppföljning/vårdkedja

Bedömningen som bland annat en sjukgymnast/fysioterapeut gör ligger till grund för planering för fortsatt rehabilitering och vård för patienten. Planeringen kan ske i hemmet, på en rehabiliteringsenhet eller inom kommunalt särskilt boende. En obruten vårdkedja är av stor betydelse för att kunna säkerställa rehabilitering utan dröjsmål (3, 14, 15). NRS rekommenderar tidig utskrivning till hemmet vid mild till måttlig funktionsnedsättning med neuroteam och uppgiftsspecifik träning mer än 1 år efter insjuknandet. Det finns vetenskapligt stöd för att en välfungerande utskrivningsplanering ökar patientens tillfredsställelse (3). Vid behov av fortsatt sjukgymnast/fysioterapeutkontakt sker överrapportering enligt gällande rutiner på Fysioterapikliniken.

Referenser

1. [http://www.who.int/topics/cerebrovascular accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular%20accident/en/) 2014.
2. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforstrokesjukvard> 2014.
3. <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/45.-Stroke-slaganfall.pdf> 2014.
4. Langhorne P, bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet 2011;377:1693–1702.
5. Karolinska Universitetssjukhus nya Stroke riktlinjer-2013
<http://lis01.sll.se/prod/karolinska/lis/verksamhetshandbok/vhandbok.nsf/8831d344796a5abdc1256bce0042d1a4/019bfa3e3eba03f8c1257b90003fbd5e?OpenDocument> . 2014.
6. [S:\Kar\Akutdi\Sjukgy\KVALITET \(LS\)\VÅRDPROGRAM\Aktuella vårdprogram. Andningsvård. 2012.](S:\Kar\Akutdi\Sjukgy\KVALITET (LS)\VÅRDPROGRAM\Aktuella vårdprogram. Andningsvård. 2012.)
7. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up&Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991; 39:142-148.
8. Jensen J, Lundin-Olsson L, Lindmark B, Nillbarnd A, Gustafsson Y. Bergs balansskala: prövning av interbedömarreliabilitet. Nordisk Fysioterapi 1998; 2:3-8.
9. Berg K, Wood-Dauphinée S, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in elderly: preliminary development of an instrument. Physiother Can 1989; 41:304-311.
10. Lundin-Olsson L, Jensen J, Waling K. Bergs balansskala, den svenska versionen av the balance scale. Sjukgymnasten Vetenskapligt supplement 1996;1:16–19.
11. Okumiya K, Matsubayashi K, Nakamura T, Fujisawa M, Osaki Y, Doi Y, Osawa T. The timed"up & go" test is a useful predictor of falls in community-dwelling older people. J Am Geriatric Soc 1998; 46:928-929.
12. Lanska DJ, Goetz CG. Romberg´s sign. Development, adoption, and adaption in the 19th century. Neurology, 2000;55:1201–1206.
13. Van Herk IE, Arendzen JH, Rispens P. Ten-metre walk, with or without a turn?, Clinical Rehabilitation 1998; 12:30-35.
14. [bilaga 1. Flödesbeskrivning om vägen för patienter på Neurologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhus, Huddinge ur ett fysioterapeutisk/sjukgymnastisk perspektiv år 2014.](#)

15. [bilaga 2 schematisk översikt över flödesarbete på Neurologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhus, Huddinge ur ett fysioterapeutisk/sjukgymnastisk perspektiv](#) år 2014.