

Strukturerede forløb for patienter med følger efter stroke

Indhold

Information	3	Anbefalinger til undersøgelse af patienter med følger efter stroke	12
Strukturerede forløb for patienter med følger efter stroke	4	Anbefalinger til træning af patienter med følger efter stroke	13
Baggrund for praksisanbefalinger	4	Anbefalinger til modalitet, frekvens, progression, intensitet og volumen	14
Registrering af ydelser og forløbsydelser	5	Prioritering	15
Flowskema for patienter med følger efter stroke fordelt på 4 faser	6	Tværsektorielle samarbejdspartnere	16
Fase 1	8	Mere information	17
Målgruppe	8	Anbefalede fysioterapeutiske interventioner til patienter med følger efter stroke	18
Formål	8		
Patientvejledning og dialog	8		
Primær indsats i fase 1	8		
Fase 2	9		
Målgruppe	9		
Formål	9		
Patientvejledning og dialog	9		
Primær indsats i fase 2	9		
Fase 3	10		
Målgruppe	10		
Formål	10		
Patientvejledning og dialog	10		
Primær indsats i fase 3	10		
Fase 4	11		
Målgruppe	11		
Formål	11		
Patientvejledning og dialog	11		
Primær indsats i fase 4	11		

Information

I dette dokument kan du som praktiserende fysioterapeut læse om det strukturerede forløb for patienter med følger efter stroke og inddelingen i faser.

Du kan få overblik over de fysioterapeutiske ydelser og anbefalinger til behandlingsindsatser i faseinddelingen i strukturerede forløb for patienter med følger efter stroke, der behandles under overenskomsten for vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter.

Strukturerede forløb

for patienter med følger efter stroke

Formålet med de strukturerede forløb er ensartede tilbud og styrkelse af den evidensbaserede behandling.

Forløbene skal fungere som beslutningsstøtteværktøj for dig som fysioterapeut i din behandling af patienter med følger efter stroke. Stroke er en samlet betegnelse for hjerneblødninger og blodpropper i hjernens kar. Strukturerede forløb for følger efter stroke dækker over diagnosekoderne 2.D Følger efter hæmragisk apopleksi (hjerneblødning) og 2.F Følger efter iskæmisk eller anoksisk hjerneskade som f.eks. iskæmisk apopleksi (blodprop i hjernen) og hjerneskade efter hjertestop. Forløbene skal støtte dig i din vurdering af, hvilken træning og behandling der som udgangspunkt bør tilbydes.

De strukturerede forløb har desuden til formål at understøtte dig i dialogen med dine patienter om bl.a. egenhåndtering og ejerskab til at deltage aktivt i træning og behandling af deres følger efter stroke.

Rammen for de strukturerede forløb er Sundhedsstyrelsens *Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi*. Af vejledningen fremgår det, at fysioterapi skal forbedre, vedligeholde eller forhale forringelse af funktioner. I det strukturerede forløb for patienter med følger efter stroke er der herunder beskrevet forskellige formål med fysioterapien for hver fase, som skal ses som et supplement til Sundhedsstyrelsens vejledning om vederlagsfri fysioterapi.

De faglige anbefalinger, som de strukturerede forløb bygger på, er baseret på nyeste guidelines fra sammenlignelige lande, nyeste evidens og best practice. Anbefalingerne er udarbejdet af faglige ressourcepersoner i samarbejde med en faglig følgegruppe og Enhed for Kvalitet og Modernisering (EKM).

Strukturerede forløb for patienter med følger efter stroke er inddelt i 4 faser.

Baggrund for praksisanbefalinger

Patienter med følger efter stroke har ofte komplekse symptombilleder, da de oftest er ramt på både fysiske, kognitive og emotionelle komponenter. De kognitive udfordringer kan have en direkte indvirkning på den fysiske funktionsevne og på selve

rehabiliteringsforløbet, hvilket gør det essentielt at adressere disse udfordringer i både målsætning og interventioner. Sværhedsgraden af stroke varierer meget fra person til person, og vurderes ud fra en helhedsorienteret tilgang, hvor både fysiske, kognitive og emotionelle udfordringer inddrages. Generelt inddeles stroke i mild, moderat og svær grad baseret på funktionsevnenedsættelsens omfang. Den fysioterapeutiske indsats har til formål at forbedre, vedligeholde eller forhale forringelse af funktioner og skal rettes mod den aktuelle funktionsnedsættelse.

De faglige anbefalinger beskriver, at rehabilitering er afgørende for prognosen efter stroke og med vedvarende træning, kan der opnås forbedringer selv flere år efter skaden, og træning kan bidrage til at fastholde og vedligeholde opnået funktionsevne.

Det fysioterapeutiske trænings- og behandlingstilbud har til formål, at patienten opnår samme grad af funktionsevne, eller bedst mulig funktionsevne som før et stroke og muligheden for at vende tilbage til tidligere aktivitetsniveau og deltagelse i hverdagslivet. Træning bør tage udgangspunkt i patientens oplevede udfordringer, ressourcer og mål. Målet for træningen bør udarbejdes i et tæt samarbejde med patienten og være specifikt, udfordrende og synligt for patienten gennem hele forløbet for at sikre, at patienten motiveres til at forblive fysisk aktiv.

Fysisk træning og aktivitet er med til at vedligeholde og forbedre funktionsevnen, herunder muskelstyrke, balance og gangfunktion. Fysisk træning og aktivitet understøtter også patienten i at genvinde tabte færdigheder, som ofte er et centralt mål for patienter med følger efter stroke, og har positive effekter på kognition, humør, træthed og livskvalitet. Desuden er der stærk evidens for, at fysisk aktivitet minimerer risikoen for ny stroke.

Det er vigtigt, at alle der lever med følger efter stroke, får målrettet fysisk træning og aktivitet. Mange oplever de-konditionering, nedsat muskelstyrke i både afficeret og ikke-afficeret side, og øget risiko for inaktivitet, hvilket ofte fører til en mere stillesiddende livsstil. Det er derfor vigtigt at opretholde en aktiv livsstil, i det

omfang det er muligt, og reducere stillesiddende adfærd for at forebygge yderligere sygdom.

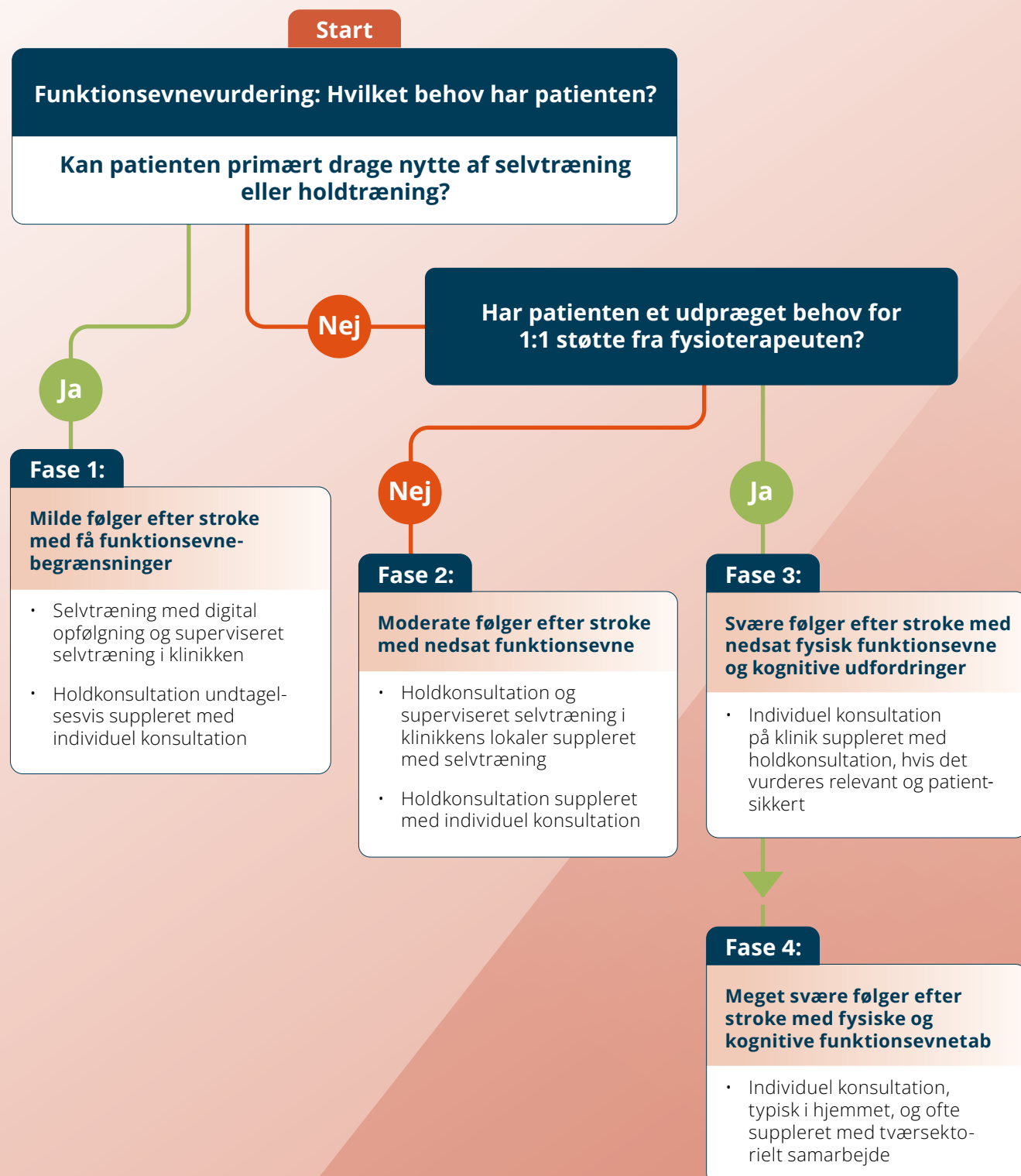
Registrering af ydelser og forløbsydelse

Du skal fortsat registrere de ydelser, du udfører. Derudover skal du hver måned registrere en forløbsydelse svarende til den fase, som du har vurderet, at den enkelte patient tilhører. Du skal kun registrere forløbsydelsen i de måneder, hvor du har udført mindst én ydelse, der vedrører patienten. Det er forløbsydelsen, der udløser et månedligt honorar. Dog afregnes afstandstillæg og tværfaglige møder om konkrete patienter stadig pr. kontakt.

Flowskema

for patienter med følger efter stroke fordelt på 4 faser

- ✓ Vær opmærksom på, at Sundhedsstyrelsens *Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi* fortsat er gældende, hvilket indebærer henvisningskriterier og limiteringer.
- ✓ Genvurdering af niveauinddeling skal senest ske efter 12 måneder eller ved behov.





Når en patient skal indplaceres i en fase, er det på baggrund af din samlede vurdering af patientens fysiske og kognitive funktionsniveau. Forløbsoversigten er vejledende, og Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier for vederlagsfri fysioterapi er fortsat gældende.

Patienter med følger efter stroke, herunder diagnosegruppe 2D og 2F, som er henvist med svært fysisk handicap, har adgang til vederlagsfri fysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi. Jf. Sundhedsstyrelsens vejledning har en person, som kan klare sig selv inden døre i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, ikke et svært fysisk handicap.

Patienter med milde følger efter stroke og få funktionsbegrænsninger vil typisk høre til i fase 1. Behandlingstilbuddet vil her være afhængigt af, om de kan drage nytte af at træne på egen hånd efter et individuelt tilpasset træningsprogram, eller om der er behov for, at patienten primært deltager på hold eller superviseret træning i klinikken.

Ud fra din vurdering af graden af behov for 1:1 træning eller behandling tildeles patienten enten fase 2, 3 eller 4.

Fase 2 tildeles patienter med moderate følger efter stroke og består primært af holdkonsultation eller superviseret træning i klinikken og kan suppleres med selvtræning eller individuel konsultation afhængigt af, hvad der vurderes relevant for den enkelte patient.

Fase 3 og fase 4 er til patienter med svære og meget svære følger efter stroke. Fase 3 består primært af individuelle konsultationer på klinik, suppleret med holdkonsultation eller selvtræning, hvis det vurderes sikkert og relevant for patienten.

Fase 4 består primært af individuelle konsultationer, typisk i hjemmet, med behov for en tværsektoriel indsats hos de patienter med fysiske funktionsnedsættelser, hvor andre tværsektorielle og tværfaglige tilbud vurderes relevante at inddrage.

Fase 1

Målgruppe

I fase 1 har patienten milde følger efter stroke med få funktionsevnebegrænsninger med f.eks. parese i arme og/eller ben (OE/UE). Patienternes funktionsevnetab vil være af varierende karakter, og kan komme til udtryk i f.eks. nedsat mobilitet, kraft og balance.

I denne fase har patienten typisk selvstændig gangfunktion, evt. med hjælpemiddel i form af en dropfodsskinne eller stok. De kan klare mange af hverdagens aktiviteter, kan træne på egen hånd, og nogle kan stadig gå på arbejde.

Formål

Det overordnede formål er at forbedre patientens funktionsevne og optimere deres aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, herunder f.eks. tilbagevenden til arbejde og sociale aktiviteter. Genoptræningen bør tage udgangspunkt i patientens oplevede udfordringer. Træningen bør omfatte målrettede indsatser med fokus på repetitiv opgaveorienteret træning kombineret med styrketræning. Træningen bør integreres i hverdagsaktiviteter.

Fysisk træning og aktivitet kan blandt andet forbedre basale hverdagsfunktioner (ADL), balance, kraft og gangfunktionen, som ofte er et centralt mål for patienter med følger efter stroke, og desuden have positive effekter på kognition, humør, træthed og livskvalitet.

Patientvejledning og dialog

Den største funktionelle forbedring ses tidligt i rehabiliteringsforløbet og patienter, der er mildt ramt af stroke, opnår hurtigere funktionsforbedringer end de svært ramte.

Målsætningen bør udarbejdes i tæt samarbejde med patienten og eventuelt pårørende. Målene bør være både specifikke og udfordrende og understøtte deltagelse i fysiske og sociale fællesskaber. En målrettet rehabilitering understøtter funktionel genindlæring og optimerer patientens muligheder for at genvinde selvstændighed i hverdagen. Det kan f.eks. være et individuelt tilpasset træningsprogram, som patienter i denne fase kan træne på egen hånd i foreningslivet, i fitnesscentre el.lign. med henblik på både understøttelse af funktionel genindlæring og forebyggelse af nyt stroke.

Primær indsats i fase 1

Afhængig af din vurdering af patientens samlede funktionelle og kognitive funktionsniveau, vil forløbet i fase 1 primært bestå af selvtræning efter et individuelt tilpasset træningsprogram og superviseret selvtræning på klinik eller træning på hold. Undtagelsesvist kan den individuelle konsultation benyttes for at understøtte korrekt og relevant træning på egen hånd eller for at opretholde patientens deltagelse på hold. Evalueringskonsultationen kan benyttes samme dag som holdkonsultation eller superviseret selvtræning, hvis der er behov for revurdering af patientens funktionsniveau og behandlingsplan.

I fase 1 er *digital opfølgning på selvtræning, superviseret selvtræning på klinik og holdkonsultation* de primære forløbsydelser. Ved behov kan *evalueringskonsultationen* anvendes til vurdering af eventuelle funktionsforandringer eller undtagelsesvis *individuel konsultation*. Hvis der er indikation for, at patienten profiterer af videokonsultation fremfor fysisk fremmøde, og det findes relevant og patientsikkert, kan du gøre brug af ydelserne *hold videokonsultation* og *individuel videokonsultation*.

I en henvisningsperiode på 12 måneder vil et typisk forløb kunne se ud som nedenfor:

- Første konsultation (ved ny henvisning)
- Digital opfølgning på selvtræningsforløb (Løbende i måneder uden fysisk fremmøde på klinikken)
- Superviseret selvtræning på klinik (løbende)
- Holdkonsultation (løbende)
- Hold videokonsultation (løbende)
- Individuel konsultation (undtagelsesvis)
- Individuel videokonsultation (undtagelsesvis)
- Evalueringskonsultation (ved behov for revurdering og test)
- Statuskonsultation (ved afslutning/genhenvisning)

Fase 2

Målgruppe

I fase 2 har patienten moderate følger efter stroke med nedsat funktionsevne. Dette kan komme til udtryk i koordinations-, balance-, og gangproblemer. De kognitive problematikker kan komme til udtryk i nedsat overblik, hukommelse og koncentration, og patienten kan have svært ved at fastholde træning på egen hånd. De har typisk brug for hjælpemidler for at klare hverdagens aktiviteter.

Formål

Formålet i fase 2 er at vedligeholde patientens funktionsniveau og forebygge inaktivitet. Funktionelle forbedringer kan fortsætte i flere år efter et stroke, og træning kan have vedvarende positiv effekt. Det er derfor vigtigt at tilbyde patienten målrettet fysisk træning og aktivitet.

Grundet kognitive udfordringer, vil der for nogle patienter være en øget risiko for inaktivitet, hvilket kan føre til en inaktiv livsstil. Det er derfor vigtigt, at du som fysioterapeut hjælper med, at patienten opretholder en høj træningsmængde og reducerer stillesiddende adfærd, hvilket også kan forebygge yderligere sygdom. Dette kan gøres gennem specifikke træningsmål og opgavespecifikke interventioner.

Træningen bør have fokus på at genvinde bedst mulig funktionsevne eller kompensere for de tabte funktioner, som patienten har efter et stroke. Det er vigtigt at træne ADL funktioner som forflytninger, rejse/sætte sig, trappegang mm. Aktiviteter som fremmer funktionsevne i OE bør ligeledes tænkes ind i hverdagen, så patienten opretholder evnen til f.eks. at kunne lave mad, ordne vasketøj, passe have etc.

Patientvejledning og dialog

Holdtræning kan være motiverende for den enkelte patient og understøtte erfaringsudveksling mellem patienterne. Hvis det vurderes sikkert, og patienten kan varetage dele af træningen med passende kvalitet og intensitet, kan denne med fordel foregå som selvtræning. For at opnå vedvarende forbedringer er det afgørende, at patienten supplerer behandlingstilbuddet med f.eks. konditionstræning og styrketræning på egen hånd, da den anbefalede volumen af fysisk aktivitet/træning ikke kan opnås alene ved det tilbud, der ligger i den vederlagsfri ordning.

For at sikre en målrettet indsats skal der i samarbejde med patient og pårørende opstilles specifikke, realistiske og målbare mål, der relaterer sig til patientens hverdag. Indsatserne bør evalueres løbende med relevante måleredskaber for at tilpasse træningen efter skiftende behov og ressourcer.

Primær indsats i fase 2

Forløbet i fase 2 består typisk af træning på hold og superviseret selvtræning i klinikkens lokaler, suppleret med individuel konsultation og selvtræning.

I fase 2 er *holdkonsultation* og *superviseret selvtræning på klinik* de primære forløbsydelser, suppleret med *individuel konsultation*. *Evalueringskonsultationen* anvendes til test og løbende monitorering af patientens funktionsniveau. Nogle patienter kan i denne fase periodevis træne på egen hånd, her kan *digital opfølgning på selvtræning* anvendes, hvis det vurderes sikkert og relevant. Hvis der er indikation for, at patienten profiterer af videokonsultation fremfor fysisk fremmøde, og det findes relevant og patientsikkert, kan du gøre brug af ydelserne *hold videokonsultation* og *individuel videokonsultation*.

I en henvisningsperiode på 12 måneder vil et typisk forløb kunne se ud som nedenfor:

- Første konsultation (ved ny henvisning)
- Holdkonsultation (løbende)
- Hold videokonsultation (løbende)
- Superviseret selvtræning på klinik (løbende)
- Individuel konsultation (supplerende)
- Individuel videokonsultation (supplerende)
- Digital opfølgning på selvtræning (hvis sikkert og relevant)
- Evalueringskonsultation (til monitorering og test)
- Statuskonsultation (ved afslutning eller genhenvisning)

Fase 3

Målgruppe

I fase 3 har patienten svære følger efter stroke med nedsat fysisk funktionsevne og kognitive udfordringer. Mobilitet og balance er nedsat, og patienten er typisk afhængig af ganghjælpemiddel i form af albuestok eller rollator. Derudover har patienten udfordringer med f.eks. forflytninger fra siddende til stående, ind/ud af bil, trappegang m.fl. Patienten i fase 3 vil i stigende grad være kognitivt påvirket i form af hjernetræthed, depression, nedsat sygdomsindsigt, nedsat koncentration m.m. Dette kan have en direkte indvirkning på den fysiske funktionsevne og på selve rehabiliteringsforløbet, hvilket gør det essentielt at adressere disse udfordringer i både målsætning og interventioner.

Formål

Formålet er at forebygge inaktivitet og forhale forringelse af patientens funktioner ved at tilpasse fysisk aktivitet og træning til patientens ønsker, behov, mål og ressourcer på både aktivitets- og deltagelsesniveauet. Der bør være øget fokus på de basale funktioner, herunder basistræning af OE over enkelte led under vægtaflastning, stå/gå funktion, balance og sidestillinger.

Ved problemer med basale og instrumentale gøremål (PADL og IADL), bør der tilbydes repetitiv, opgavespecifik træning, samt træning i anvendelse af hjælpemidler til forbedring af funktionsevne.

Træning på hold kan være en udfordring, hvis patienten har nedsat sygdomserkendelse og problemer med opmærksomheden, da det kan være svært at fastholde fokus i øvelserne. Disse patienter kan have brug for individuel behandling og skærmede omgivelser, for at kunne deltage fokuseret og dermed opnå tilstrækkelig kvalitet i øvelserne.

Patientvejledning og dialog

Kompleksiteten af patientens følger efter stroke medvirker til, at du som fysioterapeut skal tilpasse træningsindsatsen patientens hverdag og sygdomssymptomer. Både patienten og de pårørende påvirkes på deltagelsesniveauet, herunder sociale relationer, arbejdsfunktion, fritid og deltagelse i fællesskaber. Den fysioterapeutiske indsats bør derfor stræbe efter at inddrage disse aspekter for at fremme patientens livskvalitet.

Hvis patienten i denne fase modtager forskellige indsatser i sundhedsvæsenet, kan det være vigtigt at have en løbende dialog med f.eks. almen praksis eller kommune med henblik på sammenhæng i indsatserne.

Det er væsentligt, at der i behandlingsplanen indtænkes selvtræning for at opnå en træningsmængde, der giver funktionelle forbedringer.

Primær indsats i fase 3

Forløbet i fase 3 består typisk af individuelle konsultationer, som både kan bestå af individuel behandling eller individuel træning på klinikken. Hvis det vurderes sikkert og relevant suppleres med holdkonsultation og selvtræning.

Den primære ydelse der anvendes i denne fase, er *individuel konsultation*. Hvis det vurderes sikkert, kan nogle patienter deltage på *holdkonsultation*, og hvis muligt selvtræning i samarbejde med pårørende eller plejepersonale. Hvis der er indikation for, at patienten profiterer af *videokonsultation* fremfor fysisk fremmøde, og det findes relevant og patientsikkert, kan du gøre brug af ydelserne *hold videokonsultation* og *individuel videokonsultation*.

I en henvisningsperiode på 12 måneder vil et typisk forløb kunne se ud som nedenfor:

- Første konsultation (ved ny henvisning)
- Individuel konsultation (løbende)
- Individuel videokonsultation (løbende hvis relevant)
- Holdkonsultation (hvis sikkert og relevant)
- Hold videokonsultation (hvis sikkert og relevant)
- Digital opfølgning på selvtræning (hvis sikkert og relevant)
- Statuskonsultation (ved afslutning eller genhenvisning)

Fase 4

Målgruppe

I fase 4 har patienten meget svære følger efter stroke med fysiske og kognitive funktionsevnetab. De er typisk afhængig af en kørestol og af hjælp i dagligdagen. Følgenvirkninger kan indebære f.eks. neglekt, rumretningsforstyrrelser og nedsat sygdomserkendelse. Nogle kan være ramt af afasi i varierende grad, hvilket kan påvirke evnen til at tale, læse, skrive og forstå sprog.

Formål

Formålet er at forhale forringelse af patientens tilbageværende funktioner gennem f.eks. basistræning af OE over enkelte led under vægtaflastning. Ved manglende fremgang bør der i denne fase fokuseres på at forebygge yderligere komplikationer f.eks. kontrakturer og smerter og formidle kompensatoriske strategier. Fokus bør være på basale funktioner som lejring, vendinger i seng, ind/ud af seng, siddende balance og forflytninger til/fra kørestol, som kan bruges i den daglige pleje af patienten.

Personalet og pårørende som varetager patienter med svære følger efter stroke bør tilbydes fysioterapeutisk vejledning og instruktion, med henblik på at fremme og vedligeholde patientens funktionsevne, samt forebygge komplikationer, såsom tryksår og/eller pneumoni. Dette kan indebære vejledning/instruktion i forflytninger og lejringer, samt vurdering af behov for anvendelse af hjælpemidler.

Patientvejledning og dialog

Det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde er vigtigt for at sikre en tværfaglig tilgang til rehabiliteringen og den bedste sammenhængende behandlingsindsats. Da behovet for vurdering fra andre faggrupper eller supplerende udredning løbende kan opstå både i forbindelse med patientens fysiske og kognitive funktionsevne, er det vigtigt at opretholde den løbende dialog med pårørende, plejepersonale, kommune, patientens egen læge og neurolog med henblik på sammenhæng i indsatserne omkring patienten.

Primær indsats i fase 4

Forløbet i fase 4 består typisk af individuel konsultation i hjemmet. Hvis der behandles i hjemmet, kan det være relevant med et tværfagligt samarbejde omkring selvtræning med hjælpere, plejepersonale eller pårørende, der er omkring patienten.

I fase 4 er *individuel konsultation* den primære forløbsydelse. Ofte er der også behov for tværsektorielt samarbejde, her kan ydelserne *deltagelse i møde* eller *telefonisk og digital henvendelse* anvendes.

I en henvisningsperiode på 12 måneder vil et typisk forløb kunne se ud som nedenfor:

- Første konsultation (ved ny henvisning)
- Individuel konsultation (løbende)
- Individuel videokonsultation (løbende hvis relevant)
- Telefonisk og digital henvendelse (hvis muligt og relevant)
- Deltagelse i møde (hvis muligt og relevant)
- Statuskonsultation (ved afslutning eller genhenvisning)

Anbefalinger til undersøgelse af patienter med følger efter stroke

Uanset sværhedsgraden af følgerne efter stroke er det essentielt at foretage en omfattende neurologisk undersøgelse for at afdække patientens funktionsevne, rehabiliteringspotentiale og behov for intervention.

WHO's model for *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) anbefales som en overordnet ramme for vurdering af patientens funktionsevnedssættelse med fokus på både fysiske og kognitive begrænsninger.

ICF's tre hovedområder:

- Kroppens funktioner og anatomi
- Aktivitet og deltagelse
- Kontekstuelle faktorer

I din undersøgelse og test til vurdering på henholdsvis krops- og aktivitetsniveau, understøttet af en kvalitativ vurdering af patientens udførelse, anbefales følgende områder:

På kropsniveau:

- Ledbevægelighed
- Muskelfunktion
- Sensibilitet
- Koordination
- Smerter

På aktivitetsniveau:

- Forflytninger
- Gangfunktion
- Muskelfunktion
- Balance
- Tværfaglig screening

Der findes en række anbefalede test, som tester for flere af ovenstående områder på én gang. Når du tester, er det vigtigt at have formål i fokus, og testredskaberne bør ikke anvendes isoleret, men altid understøttet af en kvalitativ vurdering af patientens udførelse, for at sikre en helhedsorienteret vurdering.

- *Range Of Motion* (ROM) med fokus på både den passive (PROM) og aktive bevægelighed (AROM) over de store led i både UE og OE
- *Dynamometer* til vurdering af hånden styrke
- *Timed Up and Go* (TUG), hvor udførelse over 14 sek. indikerer risiko for fald
 - Relevant at inddrage gennem rehabiliteringsforløbet ved mildt til moderat stroke
- 10 meter og 6 min. gangtest til at vurdere hastighed, distance og kredsløb
 - Relevant at inddrage gennem rehabiliteringsforløbet ved mildt til moderat stroke
- *Visuel Analog Skala* (VAS) (34) eller *Numerisk Rangskala* (NRS)
 - Kan anvendes til vurdering af smerte forudsat, at patienten kognitivt kan samarbejde til undersøgelsen
- 30 sek. *Rejse-sætte-sig test* (RSS), hvor den funktionelle styrke i UE vurderes, og kan sammenlignes med alderssvarende normværdier
 - Relevant at inddrage gennem rehabiliteringsforløbet uanset sværhedsgrad af stroke
- *Bergs Balance skala*, hvor en score ≤ 45 indikerer faldrisiko (ud af 56 mulige point)
 - Relevante domæner kan inddrages ved let til moderat stroke.

Anbefalinger til træning af patienter med følger efter stroke

Den fysioterapeutiske intervention bør baseres på neuroplastiske principper med fokus på opgavespecifik træning, bevægelsessymmetri og inddragelse af den paretiske side i daglige aktiviteter.

Med vedvarende træning kan der opnås forbedringer flere år efter skaden, grundet hjernens neuroplastiske kapacitet. Det er derfor væsentligt, at du som fysioterapeut understøtter og motiverer patienten til aktiv deltagelse i træningen for at opnå motorisk læring og fremme neuroplastiske ændringer.

De neuroplastiske principper bygger på følgende:

- **Specificitet:** Træningen tilpasses patientens individuelle behov, ønsker, ressourcer og relevante kontekst
- **Intensitet:** Træningen skal være udfordrende og tilpasset patientens evner med løbende progression af øvelser for optimal udfordring
- **Repetitioner:** Gentagelser er afgørende for motorisk læring. Det anbefales at stræbe efter mange repetitioner i hver træningsseance, gerne op mod 300 repetitioner pr. session, som suppleres med selvtræning i fritiden
- **Motivation:** Træningen tilrettelægges så den opleves meningsfuld og motiverende for patienten. Brug af belønningsstrategier kan understøtte indlæringen af nye motoriske færdigheder
- **Søvn:** Tilstrækkelig søvn er afgørende, idet søvn faciliterer den efterfølgende stabilisering og integration af de indlærte bevægelser.

Anbefalede fysioterapeutiske interventioner:

- **Træningsinterventioner:** Regelmæssig individuelt tilpasset konditions- og kredsløbstræning og varig fysisk træning og aktivitet anbefales stærkt for at forbedre funktionsevne og mindske risiko for nyt stroke
- **Opgavespecifik træning:** Træning fokuseret på ADL aktiviteter med repetitiv og opgavespecifik træning, samt træning i anvendelse af hjælpemidler til forbedring af funktionsevne anbefales uanset grad af stroke
- **Gang og balance:** Det anbefales at tilbyde intensiv, repetitiv, opgavespecifik og progressiv gangtræning, herunder gangvariationer (sidelæns,

baglæns, krydsgang, linjegang, dualtasks), samt evt. inddragelse af gangbånd for at nedsætte faldrisiko og forbedre gangfunktionen. Træning af balance forbedrer blandt andet gangfunktion, den siddende balance og evnen til forflytninger

- **Sensomotorisk træning af OE og UE:** Progressiv repetitiv styrketræning gennem hverdagsaktiviteter som stiller krav til stabiliserende muskler, f.eks. rejse/sætte sig, forflytninger, gangtræning og trappegang
- **Fællesskabsbaseret træning:** Som fysioterapeut bør du anbefale træning på hold, hvis det vurderes relevant og sikkert, da det kan være motiverende for den enkelte patient og understøtte erfaringsudveksling mellem patienterne
- **Tværfaglig tilgang:** Samarbejde mellem fysioterapeuter, læger, ergoterapeuter og andre sundhedsprofessionelle er vigtigt, herunder også instruktion og vejledning af plejepersonale og/eller pårørende med udgangspunkt i patientens funktionsniveau. Dette er særligt relevant ved patienter med svære følger efter stroke.

I afsnittet [Anbefalede fysioterapeutiske interventioner til patienter med følger efter Stroke](#) finder du interventioner opstillet i en tabel.

Anbefalinger til modalitet, frekvens, progression, intensitet og volumen

Nedenstående er anbefalinger ud fra den evidens, der er på området. Det er vigtigt altid at lave en individuel vurdering af din patient og tilrettelægge en behandling og et træningsprogram, der passer ind i patientens liv med følger efter stroke.

- Der er stærk anbefaling for, at konditionstræning udføres tre til fem gange om ugen med 55-80% af maxpuls
- Der er stærk anbefaling for, at styrketræning udføres 30 min. dagligt med moderat til høj intensitet
- Der er stærk anbefaling for, at balancetræning udføres tre til fem gange om ugen af 30-40 min. varighed. Dette er især væsentlig for patienter med nedsat siddende balance, og besvær med forflytninger
- Der er stærk anbefaling for repetitiv, opgavespecifik ADL træning og træning i anvendelse af hjælpemidler til forbedring af funktionsevne
- Der er moderat til stærk anbefaling for intensiv, repetitiv, opgavespecifik og progressiv gangtræning
- Der er stærk anbefaling for sensomotorisk træning af OE og UE.

Anbefalingerne til træning skal ikke tolkes som absolutte minimums- eller maksimumsgrænser for at opnå generel effekt, men bør tilrettelægges under hensyntagen til patientens individuelle hensyn.

Selvtræning er vigtigt at tænke ind i behandlingsplanen, da anbefalingerne lægger op til mere træning, end der kan tilbydes i den vederlagsfri ordning.

Prioritering

Funktionelle forbedringer forudsætter høj træningsintensitet og frekvens. Daglig eller næsten daglig træning i minimum 30 min. er nødvendig for at fremme neuroplastiske ændringer og opnå varige resultater. Træning bør derfor kobles til daglige gøremål og understøtte deltagelse i sociale og fysiske fællesskaber for at fremme en aktiv livsstil.

Den fysioterapeutiske indsats bør inkludere:

- Individuel tilpassede træningsprogrammer med fokus på styrke, udholdenhed og funktionelle aktiviteter
- Motivation og adfærdsændring der understøtter fastholdelse af en aktiv livsstil
- Systematisk opfølgning og løbende justering af indsatsområder.

For at opnå vedvarende forbedringer er det afgørende, at patienten fortsætter træning og fysisk aktivitet på egen hånd. Aktiv deltagelse er nødvendig for motorisk læring, og patienten bør forberedes på, at regelmæssig træning og fysisk aktivitet er en livslang indsats, og at træningens omfang hænger tæt sammen med graden af funktionel bedring.

Anbefalede aktiviteter:

- Selvtræning, evt. med støtte fra pårørende/plejepersonale, herunder øvelser og daglige fysiske aktiviteter
- Integrere fysisk aktivitet i hverdagen, f.eks. gang, trapper, cykling m.m.
- Deltagelse i fællesskaber, f.eks. idrætsforeninger og frivillige organisationer, som kan understøtte motivation og fastholdelse i et aktivt hverdagsliv.

Tværasektorielle samarbejdspartnere

Der kan være mange snitflader i det tværasektorielle og tværfaglige samarbejde omkring patienten. Både i forbindelse med vurdering og udredning af patienten, og for at sikre en tværfaglig tilgang til patientens samlede rehabiliteringstilbud. Som fysioterapeut har du ansvar for at sende en epikrise eller status til patientens egen læge med forslag til videre forløb, når du ikke mener, at din patient profiterer af tilbuddet i den vederlagsfri ordning. Det er patientens egen læge, der har tovholderfunktionen, hvis patienten skal henvises til et andet tilbud end den vederlagsfri ordning.

Herunder er der listet nogle af de fagpersoner op, som kan kontaktes:

- Ergoterapeut med henblik på vurdering af den kognitive funktionsevne, herunder behov for kompensationsstrategier og hjælpemidler
- Neuropsykolog med henblik på at foretage vurdering af kognitive og emotionelle funktioner
- Psykolog til problematikker som f.eks. livskrise, angst og seksualliv
- Optometrist eller øjenlæge til vurdering af synsvanskeligheder
- Logopæd til træning af sprog- og kommunikationsvanskeligheder
- Bandagist med henblik på at vurdere behov for ortoser og andre hjælpemidler til mobilitet
- Plejepersonale i kommunen med henblik på ADL-rettet træning
- Speciallæger til medicinsk behandling for tonusproblematik f.eks. botox og baklofen
- Praktiserende læger til vurdering af behovet for fortsat vederlagsfri fysioterapi eller behov for genoptræning i andre tilbud, f.eks. specialiseret genoptræning, Vejle fjord eller Montebello m.fl.

Ydelsen *telefonisk og digital henvendelse og deltagelse i møde* kan anvendes, hvis det findes relevant i forhold til samarbejde med regionale eller kommunale forvaltninger og sundhedspersoner (dog ikke praktiserende læger).

Mere information

Faglige anbefalinger for patienter med følger efter stroke

Du kan finde link til Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi her:
[Vederlagsfri-fysioterapi-vejledning-sst.dk](https://www.sst.dk/da/om-sundhedsstyrelsen/vejledninger/vejledning-om-adgang-til-vederlagsfri-fysioterapi)

Anbefalede fysioterapeutiske interventioner til patienter med følger efter stroke

Tabel 1. Anbefalede fysioterapeutiske interventioner til patienter med følger efter stroke. Fra de faglige anbefalinger for følger efter stroke.

	Træning	Anbefaling
Kondition/kredsløb	Træning på f.eks. kondicykel, nustep maskine og lignende.	Stærk anbefaling for individuelt tilpasset kredsløbstræning. 20-60 min., 3-5 gange ugentligt, med 55-80% af maxpuls.
Fysisk træning og aktivitet	Varig fysisk træning og aktivitet uanset alvorligheden af stroke og deficits.	Stærk anbefaling. Minimum 30 min. dagligt (moderat-høj intensitet).
ADL	Ved problemer med PADL og IADL, bør der tilbydes repetitiv, opgavespecifik træning, samt træning i anvendelse af hjælpemidler til forbedring af funktionsevne.	Stærk anbefaling, uanset fase af rehabilitering eller sværhedsgrad af stroke, og bør tilbydes så længe der observeres bedring.
	Forflytninger, vendinger i seng, ud af seng, siddende balance, rejse/sætte sig, stående balance, forflytninger til stol/kørestol/bil, ned/op fra gulvet, trappegang, manøvrere kørestol. Instruktion/vejledning af plejepersonale, pårørende m.m. med udgangspunkt i de redskaber, remedier og omgivelser, der forefindes i pågældende kontekst, særligt relevant ved svær stroke.	God praksis og konsensus anbefaling, uanset sværhedsgraden af stroke.
Gangtræning	Når der er udfordringer med gangfunktionen herunder patienter, som ikke kan gå uden støtte/hjælp, tilbydes intensiv, repetitiv, opgavespecifik og progressiv gangtræning. Dette inkluderer diverse gangvariationer (sidelæns, baglæns, krydsgang, linjegang, dualtasks), samt evt. inddragelse af gangbånd.	Moderat-stærk anbefaling (i akut, subakut fase). Svag anbefaling i det kroniske forløb.
Balance	Træning af balancen til forbedring af funktionsevnen, som især er væsentlig for patienter med nedsat siddende balance, og besvær med forflytninger.	Stærk anbefaling. 30-40 min. dagligt, 3-5 gange ugentligt.
	Træning af siddende balance til patienter, som har besvær med den siddende balance.	Stærk anbefaling.
	Træning af den stående balance til patienter, som har besvær med den stående balance.	Stærk anbefaling.

Styrke- og sensomotorisk træning -UE	Styrketræning ¹ af muskler identificeret som svage i funktionsundersøgelserne/ i den biomekaniske analyse. Anklens dorsifleksorer, hoftefleksorer og hofteekstensorer bør især undersøges, da disse er vigtige muskler til at opnå gangfunktion og øge gangtempo, men skal trænes i relevante hverdagsaktiviteter, som stiller større krav til stabiliserende muskler (f.eks. rejse/sætte sig og trappegang).	Stærk anbefaling. 2-3 gange ugentligt i minimum 3-4 uger. Styrketræningen bør kombineres med høj-volumen træning, gerne op mod 300 reps pr. session.
	Progressiv repetitiv styrketræning ² ved muskelsvaghed i UE, gennem hverdagsaktiviteter, f.eks. rejse/sætte sig, forflytninger, gangtræning, trappegang, m.m.	Stærk anbefaling. Minimum 3 gange ugentligt i minimum 6 uger, 8-12 repetitioner, min. 2 sæt. Progressiv styrketræning bør kombineres med høj-volumen træning, gerne op mod 300 reps pr. session.
	Repetitiv træning for UE-svaghed som f.eks. cykling.	Svag anbefaling.
	Funktionel Elektrisk Stimulering (FES). ³ Overvej at tilbyde FES ved nedsat styrke i UE og ved problemer med gangfunktionen, især til mindre end grad 3 styrke.	Svag anbefaling for FES.
Styrke- og sensomotorisk træning - OE	Specifik, aktiv, intensiv og progressiv OE-træning anbefales ved nedsat OE-styrke. Træningen bør integreres i hverdagsaktiviteter, såsom rækkeøvelser (fremad, opad og nedad mod gulvet) samt øvelser for grebsfunktion. I den kroniske fase bør træningen fortsat være funktionelt orienteret og baseret på hverdagsrelevante aktiviteter. Selvtræning med lejlighedsvis supervision anbefales, så længe der opleves progression. Dette inkluderer både selvstændig træning og brug af træningsapparater.	Stærk anbefaling. Akut/subakut fase: 2-5 timer ugentligt i flere uger, hvis målet er hurtig forbedring. Kronisk fase: Minimum 3 timer ugentligt i flere uger, hvis hurtig forbedring ønskes. Mild/moderat parese: Repetitiv, opgaveorienteret træning kombineret med styrketræning. Svær parese/paralyse: Basistræning af OE over enkelte led under vægtaflastning anbefales i den akutte/subakutte fase og kan fortsætte i den kroniske fase ved fremgang. Ved svær prognose og manglende fremgang, fokuseres på at forebygge komplikationer (f.eks. kontrakturer og smerte) og formidle kompensatoriske strategier.
	<i>Constrained Induced Movement Therapy (CIMT)</i>	Stærk anbefaling ved patienter med nogen aktiv håndleds ekstension (20 grader) og fingerekstension (10 grader) og kan anbefales i alle faser af rehabiliteringen. Minimum 2 timer daglig aktiv træning, og 6 timers daglig immobilisering af den ikke afficerede side i 2 uger.
	Overvej at tilbyde spejltræning og mental træning i det subakutte og kroniske forløb, ved mild til moderat nedsat styrke i OE til forbedring af funktionsevnen.	Svag anbefaling både for spejltræning og mental træning, især til paralyse og svær parese, og til patienter med neuropatiske smerter. Minimum 30 min, 5 gange ugentligt over minimum 4 uger.

¹ En bred betegnelse for enhver form for træning, der har til formål at øge muskelstyrke, udholdenhed eller muskelmasse.

² En specifik tilgang inden for styrketræning, hvor belastningen gradvist øges over tid for at sikre kontinuerlig adaptation og forbedring af muskelstyrken. Typisk defineret som træning med den maksimale modstand, en person kan håndtere i et lavt antal gentagelser.

³ Funktionel Elektrisk Stimulering (FES) anvendes til patienter, der forsøger at bevæge sig aktivt som del af funktionel træning, mens Neuromuskulær Elektrisk Stimulering (NMES) typisk bruges til personer, der ikke selv kan generere bevægelse, og er passive under stimuleringen. Forskning viser, at FES kan øge blodgennemstrømningen i den ipsilaterale sensomotoriske cortex og øge kortikospinal excitabilitet, hvilket tyder på større potentiale for neuroplasticitet i neurorehabilitering.

*Funktionel Elektrisk Stimulering (FES).*

Overvej at tilbyde FES ved mild til svær nedsat styrke i OE, til forbedring af funktionsevnen, især til mindre end grad 3 styrke.

Svag anbefaling i det akutte og subakutte forløb, til pareser og paralyse, men ingen påvist effekt i det kroniske forløb.

Assisteret OE-træning ved mild til svær nedsat styrke i OE kan bruges til forbedring af funktionsevnen.

Moderat anbefaling i det akutte/subakutte forløb.

Svag anbefaling i det kroniske forløb.