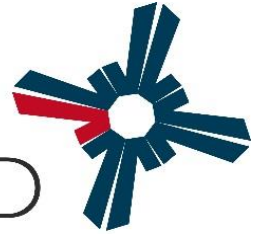


ENHED
FOR
KVALITET



Fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af **erhvervet hjerneskade**, herunder apopleksi

Anbefalinger og evidens: En forklaring af de anvendte symboler

Foran anbefalingerne i de kliniske retningslinjer er der angivet symboler, som indikerer styrken af anbefalingerne. Symbolerne forklares her:

↑↑ = Stærk anbefaling for

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for interventionen, når der er evidens for, at de samlede fordele ved en intervention vurderes at være klart større end ulemperne. Der skal derfor være vægtige grunde til ikke at følge anbefalingen.

↑ = Svag/betinget anbefaling for

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne. En svag anbefaling kan også gives, hvis der ikke er tilstrækkelig litteratur på området til at give en stærk anbefaling. Det bør klart overvejes at følge en svag/betinget anbefaling.

↓ = Svag/betinget anbefaling imod

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod en intervention, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, eller hvor balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger er vanskelig at afgøre, fordi litteraturen ikke er entydig.

↓↓ = Stærk anbefaling imod

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene, eller i tilfælde hvor gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

√ = God praksis

God praksis anbefalinger bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af den arbejdsgruppe, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Anvendes, når der ikke er fundet (tilstrækkelig) relevant litteratur.

Arbejdsgruppens væsentligste generelle anbefalinger til behandling af patienter med EH

- De enkeltstående interventioner bør være en del af et rehabiliteringsforløb, der har til formål at **genvinde** funktionsevnen eller at **kompensere for** mistede funktioner og færdigheder for at sikre patienten størst mulig grad af aktivitet og deltagelse.
- Enhver fysioterapeutisk intervention bør kun igangsættes på baggrund af en **grundig undersøgelse**, udredning og vurdering af patienten.
- Alle interventioner bør tage udgangspunkt i **patientens mål**, plan og præferencer, som identificeres i samarbejde med fysioterapeuten. Nærtstående pårørende inddrages, hvor det findes relevant.
- De enkelte interventioner bør ikke stå alene, men skal derimod **supplere** hinanden og andre interventioner der ikke er medtaget i retningslinjen. Den enkelte intervention bør ses som delelement i et sammenhængende rehabiliteringsforløb.
- Når en intervention påbegyndes, bør der være en **plan** for progression og monitorering af effekten i forhold til de opsatte mål, med passende tidsintervaller og ved brug af relevante måleredskaber.
- Behovet for rehabilitering bør **evalueres løbende** for at identificere skiftende behov. Rehabiliteringen ophører, når alle realistiske mål er nået, og der ikke kan opstilles nye relevante mål.
- De fysioterapeutiske interventioner kan med fordel udføres som **holdtræning**, da denne kan motivere den enkelte patient og understøtte erfaringsudveksling mellem patienterne.
- Hvis det vurderes, at patienten kan varetage en del af behandlingen med passende kvalitet og intensitet, kan denne med fordel foregå som **selvtræning**.

Anbefalinger knyttet til fysioterapeutiske interventioner til behandling af personer med EH

1. Konditionstræning

↑↑ *Tilbyd* konditionstræning til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen.

✓ Det er god praksis at tilbyde konditionstræning til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på vedligeholdelse af funktionsevnen.

Træningen skal have progressiv opbygning, og intensiteten under træningen bør monitoreres. Udvis forsigtighed ved alvorlig kardiovaskulær sygdom, herunder nyligt hjertesvigt.

2. Styrketræning

↑ *Overvej* at tilbyde styrketræning af overekstremitet til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen.

↑ *Overvej* at tilbyde styrketræning af underekstremitet til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen.

✓ Det er god praksis at tilbyde styrketræning af overekstremitet til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på vedligeholdelse af funktionsevnen.

✓ Det er god praksis at tilbyde styrketræning af underekstremitet til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på vedligeholdelse af funktionsevnen.

Træningen bør igangsættes ved funktionskompromitterende nedsat muskelstyrke eller risiko for inaktivitet. Der skal altid være særlig fokus på kvalitet og patientsikkerhed.

Anbefalinger knyttet til fysioterapeutiske interventioner til behandling af personer med EH

3. Balancetræning

- ↑ *Overvej* at tilbyde balancetræning til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen.
- √ Det er god praksis at tilbyde balancetræning til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på vedligeholdelse af funktionsevnen.
Bør integreres i målrettede, opgavespecifikke, aktivitetsrelaterede øvelser, da balanceproblematikker er opgave- og kontekstafhængige.

4. Funktionel elektrisk stimulation

- ↑ *Overvej* at tilbyde FES af overekstremitet til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen.
Bør iværksættes og superviseres af fagperson med kompetencer inden for programmering af den elektriske funktionsfrekvens, placering af elektroder, vedligeholdelse af apparatet og hudpleje.

5. Virtual reality-træning¹

- ↑ *Overvej* at tilbyde virtual reality-træning af overekstremitet til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen.
- ↑ *Overvej* at tilbyde virtual reality-træning af underekstremitet til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen.
Virtual reality-træning kan benyttes til opgave- eller bevægelsespecifik træning såsom at gribe, ramme, række ud efter. Eller aktivitetsspecifik træning, såsom bowling, boksning eller balancetræning

¹Virtual reality-træning – træning ved brug af computerspil, spilkonsoller eller virtual reality-træningssystemer.

Frekvens, varighed og intensitet ved styrke-, konditions- og virtual reality-træning eller funktionel elektrisk stimulation

	Konditions-træning	Styrketræning	Virtual reality-træning	Funktionel elektrisk stimulation
Varighed pr. session	Minimum 30 min.	Faglig vurdering	30 min.	30 min.
Varighed af forløb	Minimum 8 uger	Minimum 6 uger	4 uger	Minimum 3-4 uger
Frekvens	3 gange pr. uge	3 gange pr. uge	3 gange pr. uge	2-3 gange pr. uge
Intensitet	40-80% af HHR (pulsreserven)	70-80% af RM.8-10 gentagelser, 3 sæt.	Faglig vurdering	Individuelt tilpasset

Der er evidens for effekt af interventionerne ved ovenstående frekvens, varighed og intensitet. Anbefalingerne i skemaet er baseret på de inkluderede studier, og altså derfor ikke nødvendigvis de eksakte grænseværdier for, hvornår der kan forventes effekt af træning.

Balancetræning

Balancetræning bør planlægges på baggrund af en faglig og individuel vurdering af personens funktionsnedsættelse, herunder hvilket balanceaspekt (steady state, reaktiv, proaktiv balance) personens balanceproblem relaterer sig til.

Retningslinjens øvrige anbefalinger, der kan have relevans for den fysioterapeutiske indsats

6. Træning i P-ADL¹, I-ADL² og fritidsaktiviteter³

- ↑↑ *Tilbyd* træning i P-ADL, I-ADL og fritidsaktiviteter til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på forbedring af funktionsevnen.
- √ Det er god praksis, at tilbyde træning i P-ADL, I-ADL og fritidsaktiviteter til personer med erhvervet hjerneskade med henblik på vedligeholdelse af funktionsevnen.

For at understøtte et godt behandlingsforløb bør du som fysioterapeut løbende overveje, om det vil være relevant, at patienten henvises til neuropsykologisk, ergoterapeutisk eller anden tværfaglig udredning. Dette kan fx være relevant, hvis patienten oplever problemer i forhold til P-ADL, I-ADL og fritidsaktiviteter.

¹P-ADL – personlige hverdagsaktiviteter, fx personlig hygiejne, spisning, påklædning.

²I-ADL – instrumentale hverdagsaktiviteter, fx husholdning, administrering af økonomi og brug af transport.

³Fritidsaktiviteter – fx kreative aktiviteter, sport, spil og socialt samvær.

En National Kliniske Retningslinje bør læses og bruges som:

- En rettesnor for **god klinisk praksis** og som en fast del af den fysioterapeutiske **kliniske ræsonnering** til behandling af patienter med en given diagnose.
- En vejledning, der kan fraviges, hvis vægtige **faglige argumenter** taler for det, og fravigelsen sker under hensyntagen til den enkelte patients tarv.
- **Udvalgte evidensbaserede anbefalinger** for eller imod enkeltstående interventioner. Anbefalingerne går derfor på delelementer i det samlede udrednings- og behandlingsforløb.
- En **kilde til inspiration**, hvis du er i tvivl om, hvad et behandlingsforløb kan eller bør bestå af

En National Klinisk Retningslinje er:

- Resultatet af en fælles national indsats for at sikre evidensbaseret og ensartet høj behandlingskvalitet på tværs af landet.
- Mellem 7 og 10 udvalgte tværfaglige kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet') med relevans for en given diagnose.
- Et omfattende litteraturstudie, der fører til et antal anbefalinger relateret til udredning og behandling. Nogle anbefalinger vil være relevante for fysioterapeuter, andre vil ikke være relevante.
- Udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen med deltagelse af relevante faglige ressourcpersoner.

Den fulde retningslinje inkl. metodebeskrivelser mv. kan downloades på www.fysio.dk.



Kontakt med Danske Fysioterapeuter?

Danske Fysioterapeuter

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tlf. 33 41 46 20

www.fysio.dk

