Beskrivning

Rutinen ska säkerställa evidensbaserad, effektiv, jämlik, kunskapsbaserad och individanpassad rehabilitering för personer med stroke utifrån verksamhetens resurser. Rutinen omfattar fyra huvudområden: postural kontroll och gång, arm- och hand, kognition samt utförande av dagliga aktiviteter av ökande komplexitet

Innehållsansvarig

Carina Persson, med dr, överfysioterapeut, Fysioterapi Östra

Nyckelord

stroke, bedömning, behandling, intervention, kroppsfunktion, aktivitet, beslutsträd, flödesschema, postural kontroll och gång, arm och hand, kognition, utförande av dagliga aktiviteter

Denna rutin gäller för

Denna rutin med tillhörande arbetsbeskrivningar är verksamhetsövergripande och gäller för arbetsterapeuter och fysioterapeuter som arbetar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Syfte

Rutinen med de specifika arbetsbeskrivningarna avser att utgöra ett stöd i kliniskt resonemang och beslutstagande för arbetsterapeuter och fysioterapeuter avseende bedömning och val av intervention

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Bedömning av funktion, aktivitetskapacitet och -utförande efter stroke ligger till grund för val av arbetsterapeutisk och fysioterapeutisk intervention. Rutinen utgår från aktuell forskningsevidens och rekommendationer inklusive Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Rutinen innehåller beskrivning av arbetssätt för de fyra områden som hittills arbetats fram genom FoUUI-grupp Stroke tillsammans med arbetsgrupperna från verksamheten:

Begreppen i rutinen utgår från ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) samt yrkesspecifika teorier. De olika delarna av rutinen ska sammanföras i den yrkesspecifika bedömningen av patientens funktion, aktivitetskapacitet, aktivitetsutförande och delaktighet. Vid bedömning tas också hänsyn till andra faktorer (medicinska, personliga och omgivningsfaktorer). Vid val av all intervention och planering av rehabilitering bör insikt och inlärningsförmåga beaktas. Bedömningar utförs av såväl arbetsterapeuter och fysioterapeuter tillsammans som av varje profession enskilt utifrån sitt ansvarsområde, med ett nära informationsutbyte av bedömningsresultat och planerade interventioner.

Bedömning sker framförallt på fyra nivåer (se faktarutan nedan) och den övergripande strukturen för rutinen finns illustrerad i figuren på sidan 2.

Vid första bedömning/screening noteras om det finns nytillkommen påverkan på postural kontroll, sensomotorisk funktion, kognition, förflyttning och aktivitetsutförande samt eventuella risker, exempelvis fallrisk. Fokus på de olika områdena varierar utifrån profession.

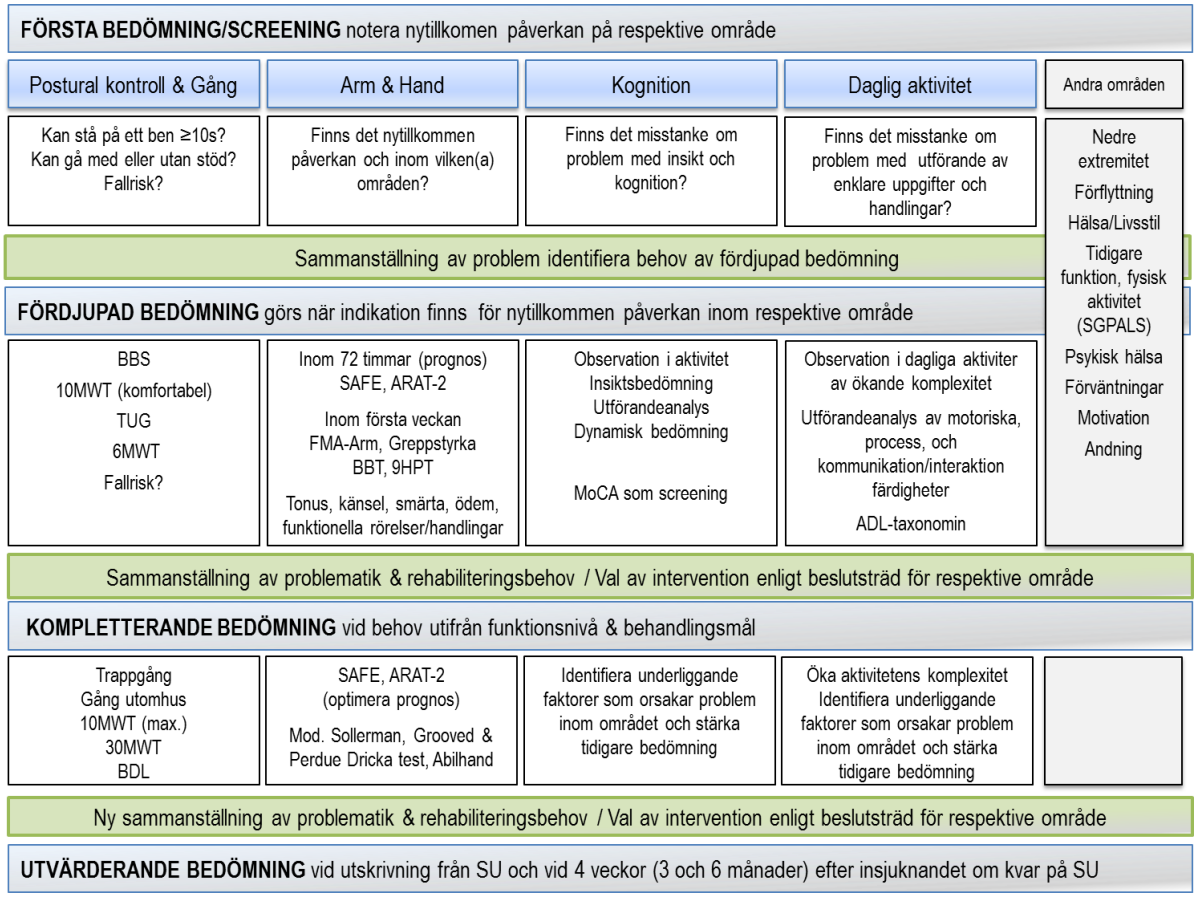
Fördjupad bedömning riktas mot de områden där screening visat påverkan och kan svara på frågorna: Hur stor är den nytillkomna påverkan och rehabiliteringsbehovet? Hur ser prediktionen ut och hur kan den användas för planering av rehabiliteringsåtgärder?

Kompletterande bedömningar görs för att utvidga de aspekter som beaktas, när behov finns.

Utvärderande bedömning sker vid utskrivning samt vid fasta tidpunkter efter insjuknandet.

Första bedömning/screening baseras på information från anamnes, observation och patientens egenuppfattade hälsoproblem och förväntningar. Fördjupad och kompletterande bedömningar görs utifrån respektive professions ansvarsområde. Efter de olika bedömningarna görs en sammanställning.

Övergripande bild över rutin för bedömning och val av intervention presenteras i figuren nedan. Områden som ingår i rutinen är blåmarkerade och områden som ännu inte ingår är gråmarkerade. Under revidering kommer rutinen att kompletteras med val av intervention för områdena arm och hand samt daglig aktivitet samt de gråmarkerade områdena.



Kort sammanfattning av arbetsbeskrivningar för varje specifikt område:

BEDÖMNING AV POSTURAL KONTROLL OCH GÅNG	POSTURAL KONTROLL & GÅNG

Arbetsbeskrivningen specificerar evidensbaserade beslutsträd för bedömning av postural kontroll och gång för personer med stroke med misstanke om nytillkommen påverkan på postural kontroll/gång. Fysioterapeut ansvarar för screening och bedömningar. Arbetsterapeut har kännedom om aktuell arbetsbeskrivning. Bedömning sker på fyra nivåer.

1. **Första bedömning/screening** görs så snart som möjligt genom anamnes, observation av förflyttning, sittande, stående och gång samt övriga aspekter i ICF.
   Bedömningen skall kunna svara på frågorna:
   - Finns det fallrisk och nytillkommen påverkan på postural kontroll och gång?
   - Kan patienten stå på ett ben i minst 10 sekunder?
   - Kan patienten gå?
   - Kan patienten gå utan fysiskt/taktilt stöd från annan person?

2. **Fördjupad bedömning inom 4 dagar** görs när indikation finns för nytillkommen påverkan på postural kontroll och gång
   - Bergs balansskala (BBS) på alla patienter som inte kan stå på ett ben i minst 10 sekunder
   - Gångkvalitet, -kvantitet samt stödbehov beskrivs när patienten inte kan gå utan fysiskt stöd från annan person
   - 10 m gångtest (10MWT) i självvald, komfortabel hastighet på alla patienter som kan gå 10 m utan fysiskt stöd från annan person
   - 10 m gångtest i maximal hastighet (utifrån patientens behandlingsmål)
   - Timed Up & Go (TUG) (utifrån patientens behandlingsmål)
   - 6-minuters gångtest (6MWT) (utifrån patientens behandlingsmål)

   Utfallet från första bedömning/screening och fördjupad bedömning utgör ett stöd vid **samlad bedömning av fallrisk, postural kontroll och gång** och vid prediktion av rehabiliteringsbehov samt vid utvärdering.

3. **Kompletterande bedömning vid behov**
   - Trappgång
   - Utomhusgång
   - BDL balansskala
   - 30 m gångtest i självvald komfortabel/maximal gånghastighet

4. **Utvärderande bedömning** sker vid 4 veckor (3 och 6 månader) efter insjuknandet om patienten är kvar på SU och vid utskrivning. Prioritera instrument som använts vid tidigare bedömning.

Länk arbetsbeskrivning: **Bedömning av postural kontroll och gång vid stroke**

INTERVENTION FÖR POSTURAL KONTROLL OCH GÅNG	POSTURAL KONTROLL & GÅNG

Arbetsbeskrivningen för intervention för postural kontroll och gång efter stroke specificerar evidensbaserade interventioner kopplade till:

1. **Nedsatt postural kontroll**
2. **Oförmåga att gå**
3. **Nedsatt gångförmåga**

utifrån evidensgrad, rekommendationer enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke och genomförbarhet. Arbetsbeskrivningen är gemensam för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Länk arbetsbeskrivning: **Intervention för postural kontroll och gång vid stroke**

BEDÖMNING AV ARM & HAND	ARM & HAND

Arbetsbeskrivningen för bedömning av arm- och handfunktion och aktivitetsförmåga hos personer med stroke är gemensam för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Arbetsbeskrivningen specificerar vad som ingår i bedömning och vilka standardiserade instrument som bör användas vid olika tidpunkter efter insjuknandet. Bedömning sker på fyra nivåer.

1. **Första bedömning/screening inom 24 timmar** gäller för alla patienter med strokediagnos och svarar på frågan: *Finns det nytillkommen påverkan på arm- och handfunktion och inom vilken(a) områden?*
2. **Fördjupad bedömning** görs när indikation finns för nytillkommen påverkan på arm och hand.
   a) **Inom 3 dagar sedan strokeinsjuknandet:** standardiserad bedömning med SAFE (FYS) och ARAT-2 (ARB). Bedömningen svarar på frågan:

      Hur ser prognosen ut för arm- och handfunktion och hur kan den användas för planering av rehabiliteringsåtgärder?

   b) **Inom första veckan sedan strokeinsjuknandet:** standardiserad bedömning med FMA-Arm (FYS), greppstyrka, BBT, 9-HPT (ARB) samt bedömning av känsel, tonus, smärta, handödem, greppfunktion, funktionella rörelser och enkla handlingar. Bedömningen svarar på frågan:

      Hur stor är påverkan och rehabiliteringsbehovet när det gäller arm- och handfunktion?
3. **Kompletterande bedömning** innefattar rekommenderade bedömningar som väljs utifrån patientens funktionsnivå och behandlingsmål. T.ex. SAFE och ARAT-2 ska göras igen 2 veckor efter insjuknandet vid låga poäng vid första bedömning för att optimera prediktion och val av intervention. Mod. Sollerman rekommenderas när patienten har fått full poäng på ARAT-2 vid tidigare bedömning.
4. **Utvärderande bedömning** sker vid 4 veckor (3 och 6 månader) efter insjuknandet om patienten är kvar på SU och vid utskrivning. Prioritera instrument som använts vid tidigare bedömning.

För SAFE och ARAT-2 finns bearbetade algoritmer som används i tidigt skede efter stroke för att prediktera återhämtningsgrad i arm- och hand. Dessa används som stöd i val av kompletterande bedömning och i val av intervention. FMA-Arm används både för bedömning och utvärdering av sensomotorisk funktion och för att prediktera mer optimalt återhämtningsgrad. Förkortningar: SAFE är en manuell test av muskelstyrka i skulderabduktion och fingerextension; ARAT-2 bedömer aktivitetskapacitet i två moment från Action Research Arm Test; FMA-Arm (Fugl-Meyer Assessment) bedömer sensomotorisk funktion i arm och hand; BBT (Box and Block Test) bedömer grovmotorisk och 9-HPT (9-Hole Peg Test) finmotorisk aktivitetskapacitet; mod. Sollerman test bedömer aktivitetskapacitet i manuella uppgifter med olika vardagsföremål.

Länk arbetsbeskrivning: Bedömning av arm & hand vid stroke

BEDÖMNING VID KOGNITIV NEDSÄTTNING	KOGNITION

Arbetsbeskrivningen för bedömning av kognitiv nedsättning ger information om hur man bör genomföra en evidensbaserad bedömning av kognitiv nedsättning som underlag för prediktion om rehabiliteringspotential och grund för att göra val av interventioner enligt arbetsbeskrivningen nedan.

1. **Första bedömning/screening** innebär att utifrån samlad information i journal, från team samt observation av patienten i förekommande aktiviteter på avdelningen fånga upp eventuella brister i medvetenhet om nedsättningar samt tecken på kognitiv nedsättning.

2. **Fördjupad bedömning** görs när indikation finns för att nytillkommen kognitiv nedsättning kan finnas. Bedömningen genomförs genom observation i aktivitet och innefattar följande delar:
   a) **Bedömning av medvetenhet om nedsättning** (Insikt).
   b) **Utförandeanalys**. Bedömning av vilka kognitiva funktioner som är nedsatta, vilken/vilka av dessa som har störst påverkan på fungerande samt svårighetsgrad på nedsättningen.

c) **Bedömning av inlärningspotential** (Dynamisk bedömning).

3. **Kompletterande bedömning** kan göras som stöd för att säkerställa slutsatser från bedömning i aktivitet och i beskrivningen anges vilka instrument som kan användas samt för och nackdelar med dessa.

4. **Utvärderande bedömning** ska alltid göras vid avslutad intervention eller överrapportering för vidare träning och relatera till uppsatta aktivitetsmål, då intervention som regel är kompensatorisk och inte återtränar nedsatt kognitiv funktion.

Länk till rutin för bedömning av kognitiv problematik: Rutin för Kognitiv problematik - ARB

INTERVENTION VID KOGNITIV NEDSÄTTNING	KOGNITION

Arbetssättet för val av intervention vid kognitiv nedsättning består av ett beslutsträd för var och en av de fem funktioner där evidensbaserade interventioner finns framtagna; Minne, Neglekt, Uppmärksamhet, Informationsbearbetning och Exekutiv funktion.

Beslutsträden är upplagda med tre ställningstaganden innan man kommer fram i trädet och får förslag på vilka interventioner som är evidensbaserade och lämpliga för den aktuella patienten. De tre ställningstagandena handlar om personens medvetenhet, inlärning och svårighetsgrad på nedsättning. Om bedömning är gjord enligt ovan finns svar på de tre ställningstagandena och det är lätt att gå vidare i beslutsträdet.

Interventionerna består av två grupper av interventioner, A och B. Interventioner vid A gäller personer med låg medvetenhet om nedsättning och svår kognitiv nedsättning vilka därför har behov av annan person för att kompensera för nedsättning. B gäller personer med god medvetenhet samt mild till moderat kognitiv nedsättning vilka förväntas självständigt kunna kompensera för nedsättning genom strategier eller teknik och anpassningar.

Länk till arbetsbeskrivning: Intervention vid kognitiv nedsättning

BEDÖMNING AV FÖRMÅGA ATT UTFÖRA DAGLIGA AKTIVITETER AV ÖKANDE KOMPLEXITET	DAGLIG AKTIVITET

Arbetsbeskrivningen utgår från arbetsterapeutisk teori och bedömningsmetod. Den syftar dels till att ge en grund för gemensam terminologi vid bedömning och beskrivning av förmåga till görande, dels att beskriva metod för bedömning av detta. I arbetsbeskrivningen beskrivs:

- Den teoretiska grunden för bedömning av aktivitetsutförande, begreppsdefinition och begreppstaxonomi gällande begrepp relaterade till bedömningsprocessen samt modell för analys av uppgifters komplexitet
- Metod för bedömning av förmåga till aktivitetsutförande
- Beslutsträd för val av uppgifter för bedömning av utförande av uppgifter och aktiviteter med succesivt ökande komplexitet
- Exempel på hur en uppgifts eller aktivitets komplexitet kan förändas utifrån Liu och Li's modell för analys av uppgiftens komplexitet

1. Första bedömning/screening av aktivitetsförmåga görs så snart som patientens medicinska tillstånd tillåter. Som bakgrundsinformation för bedömningen samlas data in genom aktivitetsintervju om personens tidigare förmåga, vardagliga görande, vilja, vanor och roller.

Bedömningen genomförs genom observation vid utförande av enklare uppgifter och handlingar. Förslag på uppgifter ges i arbetsbeskrivningen. Bedömningen omfattar dels om personen *kan* utföra uppgiften och *gör* detta när det behövs, dels en *utförandeanalys* inriktad på vilka handlingar personen har svårighet att utföra samt vilka *nedsättningar i färdigheter* (motoriska-, process och

kommunikation/interaktionsfärdighet) som påverkar detta. Bedömningen avslutas med en *sammanfattande kvalitetsbedömning* av utförande utifrån självständighet, effektivitet, ansträngning, säkerhet och, vid behov, social interaktion.

2**. Fördjupad bedömning**. Om personen har *synligt nedsatt förmåga* att utföra uppgifter, om det finns *misstanke om nedsatt förmåga* att utföra mer komplexa uppgifter eller om *personen själv upplever en förändrad förmåga* görs fördjupad bedömning. Denna innebär att personen utför fler uppgifter av succesivt ökande komplexitet vilka ställer allt högre krav på underliggande förmågor och funktioner. Exempel på uppgifter med succesivt stigande komplexitet ges i arbetsbeskrivningen. Valet av komplexitetsnivå på de uppgifter eller aktiviteter där den fördjupade bedömningen startar grundas på personens utförandeförmåga som den visat sig i första bedömning/ screening. Utförandeanalys samt kvalitetsbedömning av utförande sker fortlöpande.

3. **Kompletterande bedömning**. Vid behov kan bedömningen kompletteras med utförandet av aktiviteter vars komplexitet avsiktligt har ökats. Detta för att få ytterligare kunskap om en persons utförandeförmåga i relation till de krav personens aktiviteter i vardagen ställer. Kompletterande bedömningar kan också innebära identifiering av underliggande faktorer som orsakar problem vid utförandet och kan stärka tidigare bedömning.

4. **Utvärderande bedömning** görs vid avslutad intervention eller överrapportering för vidare intervention i vårdkedjan och relateras till uppsatta aktivitetsmål.

Länk till arbetsbeskrivning: Bedömning av förmågan att utföra dagliga aktiviteter av ökande komplexitet

Ansvar

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att rutinen finns, att den är känd samt efterlevs. Arbetsterapeut och Fysioterapeut ansvarar för att arbetet bedrivs utefter avsedd rutin i den enskilda behandlingen. FoUUI-ansvarig tillsammans med arbetsgruppen utgör en resurs för att underlätta att rutinen följs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvarig/arbetsgrupp ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen.
Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i patientens journal.

Granskare/arbetsgrupp

FoUUI-ansvariga:
Carina Persson, med dr, Överfysioterapeut, Fysioterapi Östra (huvudansvar för postural kontroll och gång)
Margit Alt Murphy, docent, universitetssjukhusöverfysioterapeut, specialist inom neurologi, Arbetsterapi och Fysioterapi Högsbo (huvudansvar för arm och hand)
Ann Björkdahl, docent. Universitetssjukhusöverarbetsterapeut, Arbetsterapi och Fysioterapi Högsbo (huvudansvar för kognition)
Gunilla Forsberg-Wärleby, med.dr. överarbetsterapeut, specialist i arbetsterapi, Arbetsterapi Sahlgrenska (huvudansvar för bedömning av daglig aktivitet)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Carina Persson, (carpe11), Spec sjukgymnast

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-82

Version: 8.0

Giltig från: 2024-04-15

Giltig till: 2025-04-15