Skjulte utfall etter hjerneslag – gjør vi nok?

Charlotta Hamre, fysioterapeut og PhD-student ved Seksjon for fysioterapi, Avdeling for klinisk service og Seksjon for hjerneslag ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål, samt Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo. charlotta.hamre@ous-hf.no.

Denne **fagkronikken** ble akseptert 19.5.2017. Fagkronikker vurderes av fagredaktør. Ingen interessekonflikter oppgitt.

Hjerneslag har blitt en blålysdiagnose. Slagenheten er akuttmedisin.

Med nye behandlingsmetoder forventes økt andel pasienter med lette eller ingen synlige utfall. Både pasienter og fagpersoner rapporterer om at lette motoriske, kognitive og emosjonelle symptomer ikke blir fanget opp ved dagens undersøkelser. Usynlige symptomer som likevel påvirker livskvalitet, aktivitets- og friluftsliv og deltagelse i arbeidsliv. Gjør vi nok?

Hjerneslag kan oppstå plutselig, og hvert år rammes ca. 12.000 personer i Norge (1). Kunnskapsutviklingen innenfor feltet går fort, og nye behandlingsformer har de senere årene blitt utviklet og tatt i bruk. Gjennom innføring av reperfusjonsbehandling som omfatter både trombolyse (proppløsende medisin) og trombektomi (utfisking av proppen), har hjerneslag blitt en blålysdiagnose. Hjerneslag har blitt akuttmedisin. Personer med mistenkt hjerneslag har blitt en prioritert pasientgruppe. Trombolysealarmen på sykehuset går allerede mens pasienten fortsatt er i ambulansen. Pasienten skal så raskt som mulig, og i hvert fall innenfor fire timer, inn på sykehuset for å være sikret best mulig resultat.

Fortsatt fordeler utkomme for personer rammet av hjerneslag seg med en tredjedel til hver av gruppene ingen/lette utfall, moderate og store utfall. Resultatene av reperfusjonsbehandling er gode. Flere pasienter får sine utfall redusert etter behandling med reperfusjon, og det er derfor forventet at gruppen der usynlige utfall er hovedproblemet etter slaget, kommer til å bli større.

Et tiltak med påvist effekt for overlevelse og bedret funksjon er behandling ved kombinert slagenhet. Den kan defineres som «en organisert behandling av pasienter med hjerneslag i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering» (2).

Pasientene undersøkes og vurderes tverrfaglig ved innkomst. Fysioterapeuten vurderer sensomotorisk funksjon, og har hos oss har et særlig ansvar for å kartlegge balanse, forflytning og gange.

Kartlegging og rehabilitering/oppfølging av funksjonsutfall etter hjerneslag er en tverrfaglig oppgave som ofte har hatt hovedfokus på større funksjonsnedsettelser. Fysioterapeuter har da en viktig oppgave som nærmest er selvskreven, men også de med lette eller ingen synlige utfall er vårt ansvar. Arbeidsmiljøet på en sykehusavdeling er travelt. Vi er alle nødt å prioritere vår tid mellom viktige oppgaver. Både vurdering og rehabilitering skal skje i løpet av få dager. Antall liggedøgn på sykehus går stadig nedover, gjennomsnittlig liggetid for pasienter med hjerneslag er på 7,3 døgn, med en median på fem døgn (1). Liggetiden er avhengig av pasientens alder, type utfall og hvordan behandlingskjeden er organisert.

Ved endt opphold ved slagenhet reiser 44 prosent direkte hjem, hvorav 10,5 prosent med hjelp og 33,5 prosent hjem uten noen hjelp fra kommunale tjenester. Når det har gått ca. tre måneder, kommer majoriteten av pasientene til en poliklinisk kontroll. På poliklinikken ved Oslo universitetssykehus (OUS) Ullevål treffer pasientene en lege, og oftest en ergoterapeut. Fysioterapeuten blir koblet inn ved moderate til store utfall.

Eksempel fra klinikken

Nylig ble jeg kalt inn for å vurdere en pasient som i utgangspunktet ikke var satt opp til meg som fysioterapeut. Personen var rammet av et hjerneslag for i overkant tre måneder siden og fortalte at de første dagene på sykehuset var noe tåkete, men han visste at han hadde vært heldig, meget heldig! Det meste av utfall var gått tilbake allerede få minutter etter at trombolysen var gitt. Han var fortsatt litt plaget av en hengende munnvik og følte seg litt svimmel, men i det store og det hele hadde han ingen utfall. I hvert fall ingen synlige utfall.

Min opplevelse er at de pasientene som har hatt et slikt godt forløp oftest er så lettet over at de ikke ble rammet like hardt som personen som kanskje ligger i nabosengen. Pårørende er også glade og lettede over at det ikke gikk verre. De fleste blir imponert over innsatsen til personellet på slagenheten som undersøker og vurderer pasientene sine nøye. De er takknemlige og føler seg trygge, og er fornøyd med den hjelpen de har fått.

Når min pasient begynte å jobbe igjen, ble han bevisst på at alt ikke var som det pleide. Det hadde gått noen måneder, og forventningene fra både ham og omgivelsene var at alt skulle være tilbake til det normale. Men min pasient følte at han hadde vansker med å konsentrere seg, og at han glemte ting oftere enn tidligere. Han ble fortere sliten og følte seg ustø, spesielt når han gikk og samtidig så seg omkring. Han begynte å bli bekymret og kunne kjenne en lett angst trykke over brystet, sov dårligere og begynte å trekke seg tilbake fra sosiale settinger.

Han er dessverre ikke alene om å være i en slik situasjon. Mange opplever at slike usynlige vansker vedvarer etter et hjerne-

> Fysioterapeuter har en viktig oppgave som nærmest er selvskreven.

LES OGSÅ reportasjen på side 28.

slag. Både pasienter og helsepersonell rapporterer om at lette motoriske, kognitive og emosjonelle symptomer ikke blir fanget opp med dagens undersøkelser i slagenhetene, og de omtales derfor gjerne som «skjulte symptomer» eller «skjulte utfall» (3, 4). Selv om de er skjulte, kan de påvirke både livskvalitet, mulighet for å komme tilbake i arbeidslivet og deltagelse i samfunnet. Dagens kunnskapsnivå om denne pasientgruppen er mangelfull, spesielt med tanke på yngre personer med hjerneslag, selv om det heldigvis finnes unntak som for eksempel NORSTROKE-studien i Bergen (5).

Undersøkelse og funksjonsvurdering

Ifølge retningslinjene bør det i slagrehabilitering benyttes internasjonalt anerkjente og vanlig brukte tester både for kartlegging og evaluering av tiltak (2). Det finnes ikke ett kartleggingsverktøy som dekker alle aspekter, men de som benyttes bør være valide, reliable og sensitive for endringer.

For å vurdere pasientenes balanseproblemer, benytter fysioterapeutene seg av undersøkelse og funksjonsvurdering. Resultatene fra disse utgjør fundamentet til valg av behandling og tiltak. Der funksjonsundersøkelsen tidligere var basert på den enkelte fysioterapeutens observasjonsevne og kunnskap, benyttes i dag mer standardiserte kliniske tester som for eksempel Bergs Balanse Skala (6, 7). Flere av de kliniske balansetestene som er benyttet i dag kan påvise om pasienten har et generelt balanseproblem, og dermed indikere at en pasient kan ha nytte av en intervensjon. Enkelte av disse testene er i tillegg utviklet for å vurdere risiko for fall og predikere nye fall (8). Den primære målsetningen til balansetestene har derfor ikke vært å identifisere hvilken eller hvilke underliggende systemer for balanse som er årsaken til balanseproblematikken, men kun å avdekke at balanseproblemer foreligger – spesielt større problemer med tydelig økt risiko for fall. Fordeler med dagens balansetester er at de tar kort tid å gjennomføre, er enkle og trenger ikke mye utstyr, samt at noen kan identifisere fallrisiko. Ulempen er at de gir for lite informasjon om hva som ligger til grunn for balanseproblematikken, og dermed ikke gir tilstrekkelig grunnlag for hvilken type behandling som bør gis. En identifisering av hvilket eller hvilke underliggende system som er årsak til en eventuell balanseproblematikk kan bidra til at fysioterapeuten lettere kan gjøre sin vurdering, og deretter rette spesifikke og målrettede tiltak og intervensjon for pasientens balanseproblem (8). I tillegg har mange etablerte

balansetester såkalt gulv- eller takeffekt (8).

Balance Evaluation Systems Test (BESTest) er en klinisk balansetest som har til hensikt å differensiere hvilket eller hvilke av de underliggende system som kan være årsak til balanseproblematikken (8). Det ble i løpet av 2010 utarbeidet en kortversjon av BESTest kalt Mini-BESTest med den hensikt å forkorte og samle balansetesten (9). Den er oversatt til norsk og det er utført reliabilitets- og validitetstest av den norske versjonen (10).

I vår praksis ser vi at de målemetoder som er vanlige å bruke for vurdering av pasienter med hjerneslag, ofte har en takeffekt når de blir brukt for å evaluere pasienter med lettere utfall (11). Finnes det en risiko for at vi ikke oppdager funksjonsnedsettelser hos de med lette eller ingen synlige utfall også med tanke på balanse og mobilitet?

Mobilitet og skjulte utfall

På OUS Ullevål gjennomfører vi nå en tverrfaglig longitudinell studie kalt «Skjulte utfall etter hjerneslag», og der en av delstudiene er kalt «Mobilitet og skjulte utfall» som ledes av undertegnede. Vi ønsker å kartlegge og følge opp personer med lette eller ingen synlige utfall hos de som er innlagt med et førstegangs hjerneslag og er i arbeidsfør alder. De blir bredt kartlagt ved innleggelsen, og fulgt opp ved tre og 12 måneder. Studien forventes å beskrive forekomst og konsekvenser av skjulte symptomer med fokus på motorikk, deltagelse i samfunns- og arbeidsliv, og i hvilken grad pasienter i denne gruppen vurderer å være helt tilbake til sitt «normale» eller gamle liv etter ett år.

Delstudien «Mobilitet og skjulte utfall» er finansiert via Fysiofondet, og er et samarbeid mellom Seksjon for hjerneslag, Geriatrisk avdeling og Seksjon for fysioterapi, avd. for klinisk service ved Oslo universitetssykehus, avdeling for Geriatri ved Bærum sykehus, samt Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

En strukturert kartlegging og oppfølging av mobilitet hos disse pasientene kan bidra med kunnskap om hvilken type oppfølging, råd og veiledning det da er behov for.

Videre er det en målsetning om, basert på resultatene fra studien, å utarbeide et strukturert behandlingstilbud som kan gis i regi av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Dette vil styrke det generelle kunnskapsnivået om pasienter med skjulte utfall etter hjerneslag, og bedre samhandlingen og fysioterapeuters tilbud til denne pasientgruppen.

Det er på tide at vi fysioterapeuter gir et godt tilbud også for pasienter med skjulte utfall etter hjerneslag!

Referanser

1. Norsk hjerneslagregister. Årsrapport 2015. [Hentet 18 mai 2017] https://stolav.no/Medisinskekvalitetsregistre/Norsk-hjerneslagregister/Årsrapport%20Norsk%20hjerneslagregister%202015.pdf.
2. De nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Helsedirektoratet 2010: ISBN_978-82-8081-153-0.s
3. Jaillard A, Naegele B, Trabucco-Miguel S, LeBas JF, Hommel M. Hidden dysfunctioning in subacute stroke. Stroke. 2009;40(7):2473-9.
4. Carlsson GE, Moller A, Blomstrand C. A qualitative study of the consequences of 'hidden dysfunctions' one year after a mild stroke in persons <75 years. Disabil Rehabil. 2004;26(23):1373-80.
5. Waje-Andreassen U, Thomassen L, Jusufovic M, Power KN, Eide GE, Vedeler CA, et al. Ischaemic stroke at a young age is a serious event--final results of a population-based long-term follow-up in Western Norway. Eur J Neurol. 2013;20(5):818-23.
6. Carter RE LJ, Domholdt E. Rehabilitation research. Principles and applications. 4th ed. Missouri: Elsevier Saunders; 2011.
7. Berg KO, Maki BE, Williams JI, Holliday PJ, Wood-Dauphinee SL. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. Arch Phys Med Rehabil. 1992;73(11):1073-80.
8. Horak FB, Wrisley DM, Frank J. The Balance Evaluation Systems Test (BESTest) to differentiate balance deficits. Phys Ther. 2009;89(5):484-98.
9. Franchignoni F, Horak F, Godi M, Nardone A, Giordano A. Using psychometric techniques to improve the Balance Evaluation Systems Test: the mini-BESTest. J Rehabil Med. 2010;42(4):323-31.
10. Hamre C, Botolfsen P, Tangen GG, Helbostad JL. Interrater and test-retest reliability and validity of the Norwegian version of the BESTest and mini-BESTest in people with increased risk of falling. BMC Geriatr. 2017;17(1):92.
11. Blum L, Korner-Bitensky N. Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: a systematic review. Phys Ther. 2008;88(5):559-66.

Kunnskapsformidling i Fysioterapeuten

Fysioterapeuten er et nivå 1-tidsskrift, noe som vil si at publiserte vitenskapelige artikler krediteres med publikasjonspoeng. Vi tar også imot fagkronikker, fagessays, kasusrapporter, sammendrag fra artikler publisert internasjonalt, prosjektsammendrag, samt sammendrag fra doktorgradsavhandlinger.

Ønsker du å bidra med kunnskapsformidling i Fysioterapeuten?

Gå inn på http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Forfatterveiledning

Velkommen som forfatter!