

Rehabilitering efter slaganfall lönar sig

Intresset för att dokumentera och strukturera rehabiliteringen efter slaganfall har ökat under senare år. Flera orsaker kan finnas till detta: ökad medvetenhet om rehabiliteringens betydelse, ökad kunskap om positiva effekter av strukturerad vård, ökad tillgång till lämpliga instrument, program för uppföljning samt, inte minst, reducerade akutmåttresurser.

Slaganfall är en av våra stora folksjukdomar. Ca 30 000 personer insjuknar årligen i Sverige; av dem är två tredjedelar förstagsinsjuknade. Sjukdomen är vanligast bland äldre – medelåldern för insjuknandet är omkring 75 år – men det finns även en betydande population av yngre patienter. Omkring en femtedel av patienterna är under 65 år, vilket motsvarar minst 6 000 förstagsinsjuknanden i »yngre» åldrar.

Slaganfallspatienterna uppvisar en betydande heterogenitet såväl i sjukdomsförlopp som i rehabiliteringsbehov; därför är modeller för individuellt utformade insatser mycket berättigade.

Åldersskillnadernas betydelse

Peter Appelros och Ingegerd Nydevik, författarna till artikeln om träning efter slaganfall i detta nummer av Läkartidningen, har stor erfarenhet framför allt av rehabilitering av äldre slaganfallspatienter. De framhåller särskilt de minskade resurserna för denna patientgrupp. Att rätt såväl selektera som prio-

ritera patienter för mer kvalificerade rehabiliteringsinsatser har blivit ett allt större problem, ett problem som berör alla åldersgrupper, även om vissa olikheter i förlopp och behov finns mellan yngre och äldre slaganfallspatienter [1].

Hos yngre slaganfallspatienter är det vanligt med ett plötsligt insjuknade utan tidigare sjukdomstecken. Den sociala situationen – och därmed typen av rehabiliteringsinsatser – skiljer sig åt ganska mycket; många gånger har patienten både en yrkesroll, som man vill återuppta, och en aktiv föräldraroll.

Såväl yngre som äldre slaganfallspatienter kan dock ha likartade behov av anpassat boende och hjälp i det dagliga livets aktiviteter. Rehabiliteringsförloppet kan skilja sig åt, vilket visats i några studier med större förbättring av självständigheten i dagligt liv hos personer under 55 år än hos dem mellan 55 och 74 år, vilka i sin tur förbättrades mer än de över 75 år [2]. En större andel av de yngre skrivs också ut till hemmet.

Urvalet av patienter för slaganfallsrehabilitering måste således ta hänsyn till många olika faktorer utöver de rent medicinska. Som påpekas i Appelros' och Nydeviks artikel har några studier [2, 3] visat att det är patienterna med måttligt uttalade begränsningar i olika aktivitetsområden som har mest att vinna på ett rehabiliteringsprogram. Det är dock viktigt att komma ihåg att det finns såväl behov som effekter av rehabilitering som ej kan påvisas genom de oftast använda instrumenten, vilka vanligtvis mäter graden av beroende i olika dagliga aktiviteter.

Särskilda rehabiliteringsprogram

Det finns idag ett flertal välgjorda studier kring nyttan av särskilda vårdkedjor för slaganfallspatienter, där strukturerad akutmåttvård med påföljande rehabilitering på särskilda enheter (t ex inom rehabiliteringsmedicin eller geriatrik) beskrivs [4-6]. Problematiken

finns sammanfattad bl a genom metaanalyser [7, 8]. En handbok om slaganfallsrehabilitering har nyligen publicerats i USA av National Institutes of Health [9]; den kan varmt rekommenderas.

Det har således tydligt visats att det lönar sig att ha specifika vård- och rehabiliteringsprogram för patienter med slaganfall, något som även kommit klart till uttryck i Helsingborgsdeklarationen från Pan European Consensus Meeting on Stroke Management [10].

Instrument för utvärdering

För att kunna följa rehabilitering och förutsäga dess utfall är det viktigt att ha pålitliga instrument. En annan förutsättning är att man klargör målsättningen med olika rehabiliteringsinsatser. Inom slutenvård är det en naturlig målsättning att göra patienten så självständig som möjligt vad gäller personlig vård och korta förflyttningar, med syftet att han/hon skall klara sig hemma med ingen eller begränsad personlig hjälp.

I hemmiljö tillkommer emellertid också behovet av att kunna klara andra typer av aktivitet, att förflytta sig i omgivningen och ute i samhället, att möta och kommunicera med människor i varierande situationer samt att klara inköp, mathållning och andra hemsysslor [11]. Möjligheterna att utifrån iakttagelser i sjukhusmiljö förutsäga svårigheterna inom dessa områden är givetvis begränsade. Därför har intresset ökat att förlägga inte bara bedömning utan också delar av rehabiliteringen till individens egen hemmiljö.

Individens upplevda svårigheter i olika aktiviteter och situationer bör också ingå i bedömningarna. Slutmålet med rehabiliteringsinsatserna inbegriper stöd till patienten i den omställnings- och anpassningsprocess där han skall återuppta gamla, alternativt finna nya, livsmål. Att hjälpa till att minska upplevandet av hinder eller handikapp

Författare

GUNNAR GRIMBY

professor, avdelningen för rehabiliteringsmedicin, Göteborgs universitet

KATHARINA

STIBRANT SUNNERHAGEN

docent, överläkare, Rehabiliteringsmedicin, Sahlgrenska Universitetsjukhuset, Göteborg.

är viktigt, vilket inte belyses särskilt väl i de redovisade studierna, även om livskvalitativa instrument ibland har använts.

Det är väsentligt att vid prioriteringar och bedömningar av rehabiliteringsåtgärder inte alltför snävt styras av instrument med begränsat innehåll. Aspekter såväl på funktionsbegränsning (»impairment») som på begränsning avseende olika aktiviteter (»disability») och handikapp är essentiella enligt WHO-terminologin. Att förändringar härvidlag inte alltid är samtidiga eller parallella har rapporterats endast i några studier. Så t ex beskriver Harvey och medarbetare i en nyligen publicerad studie [12] att slaganfallspatienter under rehabilitering kunde visa en reduktion av »disability» utan att det förekom någon minskning av neurologisk påverkan (»impairment»).

De instrument som vanligen används i bedömning av rehabilitering har ordinalskalor, dvs de olika svarsalternativen är rangordnade utan att skillnaderna mellan de olika skalstegen är kända. Detta till trots räknas ofta poängen på de olika frågorna ihop på ett sätt som om det gällde en intervallskala. Problemet har uppmärksammats under senare år [13], och man har sökt olika vägar för att bättre kunna bearbeta ordinalskalorna.

Korrekt bearbetning ger användbara resultat

Rättvisande skalteknik och korrekt bearbetning är förutsättningar för att resultaten skall bli användbara. Tre instrument som utnyttjats för bedömning av »disability» hos slaganfallspatienter refereras i Appelros' och Nydeviks artikel, nämligen Barthel-skalan, Katz ADL-index (aktiviteter i dagligt liv) och »Functional Independence Measure» (FIM).

Barthels index, som tidigare varit det mest använda instrumentet för att följa slaganfallsrehabilitering, förekommer i några olika versioner; samtliga utnyttjar

Att rätt såväl selektera som prioritera patienter för mer kvalificerade rehabiliteringsinsatser har blivit ett allt större problem, ett problem som berör alla åldersgrupper, även om vissa olikheter i förlopp och behov finns mellan yngre och äldre slaganfallspatienter. Hos yngre slaganfallspatienter är det vanligt med ett plötsligt insjuknade utan tidigare sjukdomstecken. Den sociala situationen – och därmed typen av rehabiliteringsinsatser – skiljer sig åt ganska mycket; många gånger har patienten både en yrkesroll, som man vill återuppta, och en aktiv föräldraroll.

summering av poäng från de olika frågorna.

Katz index använder rangordning av svårighetsgrad i de olika skattade aktiviteterna, och undviker på så sätt det teoretiskt oriktiga summeringsförfarandet; å andra sidan kan rangordningen skilja sig mellan olika patientkategorier. Det täcker det minsta antalet aktivitetsområden, och tillkom ej heller för att specifikt följa och utvärdera rehabilitering.

I FIM, som blivit ett mycket spritt instrument både i ursprungslandet USA [14] och i världen i övrigt, bedöms graden av beroende med en 7-gradig skala, som ofta summeras. Instrumentet kommenteras särskilt i Appelros' och Nydeviks artikel, men några ytterligare kommentarer är berättigade.

Eftersom instrumentet innehåller aktivitetsområden av skilda slag blir väsentlig information inte synlig om man redovisar enbart totalsumman av alla poäng. Det har nu tydligt visats att FIM med fördel kan delas upp i en motorisk/fysisk del med 13 frågor och en social och kognitiv del med 5 frågor, och att bearbetningen då sker separat för varje del [15, 16]. Genom Rasch-analys [14] kan ordinalskala transformeras till en linjär (intervall-) skala genom utnyttjande av informationen om individernas inbördes påverkan och områdenas inbördes svårighetsgrad. Utfallet av de olika områdena kan också redovisas i en grafisk form som är åskådlig och ger möjlighet till jämförelser mellan olika bedömningstillfällen och mellan individ och median för en viss patientgrupp [17].

Prediktion av utfall och kostnader

FIM kan användas också för att predicera vårdtidens längd. Stineman och medarbetare [17] fann i ett oselektat material av slaganfallspatienter att 23 procent av variansen i vårdtidens längd kunde förklaras av åldern och summan av de 13 motoriska frågorna i FIM. I en

mer homogen grupp av »yngre» patienter med slaganfall kunde de motoriska frågorna förklara 56 procent av variationen i vårdtid [15]. En kombination av neurologiskt deficit (mätt med National of Health Stroke Scale) och motoriska FIM-frågor gav i ett större oselektat patientmaterial en förklaring på en varians i vårdtid på 36 procent, där graden av neurologiskt deficit hade störst betydelse [12].

Att kunna förutsäga kostnaderna för rehabilitering har av naturliga skäl ådragit sig stort intresse. Modeller för detta har skapats med Functional Related Groups (FRG), ett system byggt på bedömningar med FIM [18]. I en studie av genomsnittliga, dagliga sjukhuskostnader för vård av slaganfallspatienter kunde Harvey och medarbetare [12] visa att den motoriska delen av FIM och medicinsk comorbiditet var de främsta prediktorerna; tillsammans kunde de förutsäga 39 procent av variansen i kostnaderna. Neurologiskt deficit hade här inte samma betydelse som var fallet avseende vårdtidens längd.

Databaser

För gemensam uppföljning

FIM-instrumentet har rönt stort intresse i Sverige. Ett kontrakt finns nu mellan UDS (Uniform Data System for Medical Rehabilitation) i Buffalo, som ansvarar för utveckling och utnyttjande av FIM, och avdelningen för rehabiliteringsmedicin vid Göteborgs universitet beträffande översättning av manual och undervisning om FIM i Sverige. FIM ingår tillsammans med andra instrument i den databas för rehabiliteringsmedicin som nyligen byggts upp. Även inom geriatriken har FIM-instrumentet rönt betydande intresse.

Databaser för gemensam uppföljning av en så stor grupp som slaganfallspatienter vore tveklöst av mycket stort värde. Riksstroke, som drivs med stöd från Socialstyrelsens anslag för kvalitetsregister, och som registrerar ett antal nyckelindikatorer för

vård av patienter med slaganfall, har fått en mycket god anslutning.

En komplettering i form av en nationell registrering av rehabiliteringsinsatser och rehabiliteringsutfall vore av stort värde. Ökade förutsättningar borde därvid kunna skapas dels för optimala rehabiliteringsåtgärder för olika kategorier av slaganfallspatienter, dels för en bedömning av hur aktuella resurser bäst bör tas i anspråk.

Nya modeller

Nya modeller för rehabilitering behöver också utvecklas. Effekten av olika insatser i hemmiljö bör beskrivas, liksom samarbetsformer mellan specialistvård inom rehabilitering, primär- och hemvård. Vi kan bara instämma i Appelros' och Nydeviks påpekande att såväl patienter med relativt god funktion som de med initialt dålig sådan bör få en rimlig chans till tidig rehabilitering, oavsett i vilken vårdform de befinner sig.

Humanitära såväl som ekonomiska vinster finns här att hämta.

Referenser

- Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Vataja R, Kaste M. Comparison of stroke features and disability in daily life in patients with ischemic stroke aged 55 to 70 and 71 to 85 years. *Stroke* 1997; 28(4): 729-35.
- Alexander MP. Stroke rehabilitation outcome. A potential use of predictive variables to establish levels of care. *Stroke* 1994; 25(1): 128-34.
- Oczkowski WJ, Barreca S. The functional independence measure: its use to identify rehabilitation needs in stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74(12): 1291-4.
- Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke* 1991; 22(8): 1026-31.
- Kalra L, Dale P, Crome P. Improving stroke rehabilitation. A controlled study. *Stroke* 1993; 24(10): 1462-7.
- Ronning OM, Guldvog B. Outcome of subacute stroke rehabilitation: a randomized controlled trial. *Stroke* 1998; 29(4): 779-84.
- Ottobacher KJ, Jannell S. The results of

clinical trials in stroke rehabilitation research. *Arch Neurol* 1993; 50(1): 37-44.

- Collaborative systematic review of the randomized trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. *BMJ* 1997; 314(7088): 1151-9.
- Post-stroke rehabilitation. Rockville, Maryland: US Dept of Health and Human Services, 1995.
- Adams HP Jr. The importance of the Helsingborg declaration on stroke management in Europe [editorial]. *J Intern Med* 1996; 240(4): 169-71.
- Grimby G, Andren E, Daving Y, Wright B. Dependence and perceived difficulty in daily activities in community-living stroke survivors 2 years after stroke: a study of instrumental structures. *Stroke* 1998; 29(9): 1843-9.
- Harvey RL, Roth EJ, Heinemann AW, Lovell LL, McGuire JR, Diaz S. Stroke rehabilitation: clinical predictors of resource utilization. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79(11): 1349-55.
- Wright BD, Linacre JM. Observations are always ordinal; measurements, however, must be interval. *Arch Phys Med Rehabil* 1989; 70(12): 857-60.
- Fiedler RC, Granger CV, Russell CF. Uniform data system for medical rehabilitation: report of first admissions for 1997. *Am J Phys Med Rehabil* 1998; 77(5): 444-50.
- Linacre JM, Heinemann AW, Wright BD, Granger CV, Hamilton BB. The structure and stability of the Functional Independence Measure. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75(2): 127-32.
- Grimby G, Gudjonsson G, Rodhe M, Sunnerhagen KS, Sundh V, Ostensson ML. The functional independence measure in Sweden: experience for outcome measurement in rehabilitation medicine. *Scand J Rehabil Med* 1996; 28(2): 51-62.
- Stineman MG, Fiedler RC, Granger CV, Maislin G. Functional task benchmarks for stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79(5): 497-504.
- Stineman MG, Tassoni CJ, Escarce JJ, Goin JE, Granger CV, Fiedler RC et al. Development of function-related groups version 2.0: a classification system for medical rehabilitation. *Health Serv Res* 1997; 32(4): 529-48.

Se även artikeln på sidan 2343 i detta nummer.