

Høring: National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi

## Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har med stor interesse læst Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi. DSF kvitterer for et solidt og systematisk arbejde, og har i nærværende brev samlet et høringssvar fra faglige selskaber i fysioterapi. Dansk Selskab for Fysioterapi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Dette høringssvar er udarbejdet med input fra to faglige selskaber under Dansk selskab for fysioterapi:

- Dansk Selskab for Bassin Fysioterapi (DSBF)
- Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi (DSNF)

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen den Nationale Kliniske Retningslinje.

## Overordnede bemærkninger

Dansk selskab for Fysioterapi har noteret sig de to faglige selskabers kommentarer til denne NKR. Vi henleder derfor opmærksomheden på deres høringssvar og har opsamlet kommentarer i nærværende brev.

Dansk Selskab for Fysioterapi noterer sig at flere forskellige modaliteter indenfor fysioterapi synes at have væsentlig effekt i genoptræningen af personer med erhvervet hjerneskade.

DSF bemærker særligt at der gives stærke anbefalinger for træning af hhv. PADL, IADL og fritidsaktiviteter samt konditionstræning. De stærke anbefalinger er givet på baggrund af en vurdering af kvaliteten af evidens på de kritiske outcome varierer fra lav til moderat. Metodisk har DSF den opfattelse, at Sundhedsstyrelsen i andre udarbejdede NKR kun har tilladt stærke anbefalinger forudsat der eksisterede evidens af moderat til høj kvalitet på alle udvalgte kritiske outcomes. Vi overvejer om dette kan være et udtryk for en opblødning i den metodiske stringens i Sundhedsstyrelse.

Vi noterer os i DSNF høringssvar, at denne NKR's litteratur trods anbefalingerne har begrænsninger med hensyn til kvalitet, populationsstørrelse og selektion som følge af den afgrænsning, der laves i de fokuserede spørgsmål (se bilag NKR).

Retningslinjen belyser og identificerer hermed et forsat fremadrettet formidlings- og forsk-

ningspotentiale mhp. evidensskabelse samt praksis- og evidensafklaring af fysioterapeutiske interventioner, hvilket Dansk Selskab for Fysioterapi støtter.

Dansk Selskab for Fysioterapi finder Dansk Selskab for Bassin Fysioterapi fremførte studier på effekten af bassin terapi til personer med apopleksi interessante. Det bør således overvejes om et PICO vedr. bassin træningsterapi kan formuleres i en opdateret NKR, således med en kant der evt. går ud over arbejdsgruppens eksisterende behandlingskendskab.

## Vedrørende målemetoder

Dokumentation og effektmonitorering af fysioterapeutisk praksis står højt på vores dagsorden, hvorfor Dansk Selskab for Fysioterapi bifalder den aktuelle NKR's påpegelse af et øget fokus på ensartet systematisk anvendelse af relevante måleredskaber, hvor de målemetriske kriterier opfyldes i tilstrækkelig grad. Videre finder vi det uheldigt jf. DSNF høring, at der findes væsentlige og relevante måleredskaber, som ikke er inkluderet i den afdækkede litteratur for de enkelte PICO. Dermed kunne der være afdækket mere udtømmende indenfor den givne metode for litteraturstudie.

## Patient og praksis inddragelse

I den aktuelle NKR konstaterer DSNF at patient og praksisanbefalingerne primært er et udtryk for arbejdsgruppens holdninger. Sundhedsstyrelsen kan med fordel være mere klar i forhold til, hvornår der skal være praksisanbefalinger, og hvad disse skal/ kan indeholde. I de tilfælde hvor praksisanbefalinger bygges på svagt evidensgrundlag, kan Sundhedsstyrelsen med fordel benytte andre velbeskrevne metoder til at indhente denne viden. Eksempelvis kan Sundhedsstyrelsen fremadrettet overveje brug af eksempelvis audit, interview m.m. for at indhente mere viden til praksisanbefalingerne, alternativt involvere de faglige selskaber i specifikke spørgsmål, som eks. gøres i Holland.

Med venlig hilsen

Martin B. Josefsen  
Formand for Dansk Selskab for Fysioterapi

Dansk Selskab for Fysioterapi  
Holmbladsgade 70  
2300 København S  
Tel.: +45 33414612  
E-mail: [kontakt@dsfys.dk](mailto:kontakt@dsfys.dk)  
Web: [www.dankselskabforfysioterapi.dk](http://www.dankselskabforfysioterapi.dk)



Dansk Selskab Bassinfysioterapi

## **NKR- fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi.**

Høringssvar fra Dansk Selskab for Bassinfysioterapi.

Dansk Selskab for Bassinfysioterapi er opmærksom på mangel på forskning indenfor effekten af træningsindsatser i vand. Hertil knytter sig også mange ubesvarede forskningsspørgsmål om den fysiologiske effekt på kroppen ved ophold i vand.

Eksempelvis ses i praksis, at voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade har et anderledes bevægelsesmønster i vand end på land. De fleste opnår en bedre kontrol af balance og et større bevægelsesrepertoire efter bassinfysioterapi.

Dette er betydningsfuldt for dem på kropsniveau, men også for deres aktivitet- og deltagelsesniveau i den rehabiliterende indsats.

Dansk Selskab for Bassinfysioterapi har følgende bemærkninger:

### Vedr. styrketræning (side 39).

Der nævnes som midler styrketræningsmaskiner og frie vægte samt at det i nogle tilfælde er nødvendigt blot at træne med tyngden som modstand. Her vil vi foreslå en nærmere vurdering af effekten af at bruge vand som middel.

Til dette kan vi foreslå følgende artikler:

Noh, Dong Koog, Jae-Young Lim, Hyung-Ik Shin and Nam-Jong Paik(2008): The effect of aquatic therapy on postural balance and muscle strength in stroke survivors – a randomized controlled pilot trial  
, *Clinical Rehabilitation* 2008; 22: 966–976.

Chu, Kelly S., Janice J. Eng., Andrew S. Dawson, Jocelyn E. Harris, Atila OzkaplanSif Gylfado'ttir (2004): Water-Based Exercise for Cardiovascular Fitness in People With Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial.  
, *Arch Phys Med Rehabil* Vol 85, June 2004

Driver, S.; O'connor, J.; Lox, C. og Rees, K.; (2004): Evaluation of an aquatics programme on fitness parameters of individuals with a brain injury., *Brain Injury*, vol. 18 (9), s. 847-859.

De netop udkomne hollandske guidelines, (The Dutch Clinical Practice Guideline for PT in patients with stroke (2014), nævner (side 33) bassinfysioterapi som middel ved styrketræning:

[http://www.linkedin.com/redirect?url=http%3A%2F%2Fwww%2Ekngrichtlijnen%2Enl%2Fimages%2Fpdfs%2Fguidelines%2Fstroke%2Fstroke\\_practice\\_guidelines\\_2014%2Epdf&urlhash=b7Vr&t=tracking\\_disc](http://www.linkedin.com/redirect?url=http%3A%2F%2Fwww%2Ekngrichtlijnen%2Enl%2Fimages%2Fpdfs%2Fguidelines%2Fstroke%2Fstroke_practice_guidelines_2014%2Epdf&urlhash=b7Vr&t=tracking_disc)

### Vedr. konditionstræning (side 48):

Vi er meget positive over at træning i vand nævnes som middel til træning af kondition. Det understøtter helt klart vores praksiserfaring. Det hydrostatiske tryk i vand påvirker kroppens fysiologiske funktioner, hvorved bl.a. terapeutens viden om lunge- og hjertefunktion i vand har betydning for valget af intensitet i træningsindsatsen.

Vi mener, at træning i vand med fordel kan nævnes igen på side 53 under andre overvejelser (indsatsen kan kræve særligt træningsudstyr som gangbånd, ergometercykel eller adgang til bassin).

Vedr. balancetræning (side 55):

Side. 60 nævnes, at ” Arbejdsgruppen kan derfor ikke på det foreliggende grundlag specificere karakteren af balancetræning nærmere.”

Vi ønsker at gøre opmærksom på følgende kilder, som måske kunne bidrage med ny viden og nævne bassinfysioterapi som en mulighed til balancetræning:

Noh, Dong Koog, Jae-Young Lim, Hyung-Ik Shin and Nam-Jong Paik(2008): The effect of aquatic therapy on postural balance and muscle strength in stroke survivors – a randomized controlled pilot trial, *Clinical Rehabilitation* 2008; 22: 966–976.

Tripp Florian.and Krakow Karsten (2014):Effects of an aquatic therapy approach (Halliwick-Therapy) on functional mobility in subacute stroke patients: a randomized controlled trial., *Clinical Rehabilitation*. 2014 May;28(5):432-439. Epub 2013 Oct 31

På vegne af Dansk Selskab for Bassinfysioterapi

Anette Spence  
Faglig tovholder og bestyrelsesmedlem

Ina Lesager  
Formand

*Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi*

**Høring:**

**National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi.**

**Generelt**

Vi bifalder at retningslinjen er udarbejdet og sætter stor pris på den arbejdsindsats vores kollegaer har lagt i en udfordrende arbejdsproces i forhold til en uhomogen og meget kompleks patientpopulation. Vi vil dog påpege at de fleste indsatser angår let til moderat skadede patienter som kognitivt er i stand at medvirke ved de forskellige indsatser.

Det fremgår ikke klart, hvorfor de 8 områder er udvalgt. Dokumentet kan med fordel indledes med at angive, at det omhandler 8 udvalgte indsatser. Det tydeliggør at retningslinjen angår et begrænset udvalg af indsatser til målgruppen.

I forhold til viden om indsatsers timing, varighed, hyppighed og intensitet er retningslinjens bidrag beskedent.

I teksten beskrives ofte "standard indsats", men denne er ikke defineret. Hvordan skal det forstås? Har man taget stilling til om standard indsats i litteraturen svarer til standardindsatsen man yder i Danmark? "Standard indsats" kan med fordel beskrives. De relativt beskedne effekter kan vel til dels tilskrives relevante og sufficente standard indsatser. Næste projekt kan være at afdække gældende praksis så vi kender standard behandling

Retningslinjen siger: "Fysioterapi og ergoterapi vil i udgangspunkt altid bestå af indsatser, som omfatter følgende fire delelementer: Udredning af rehabiliteringsbehovet, stillingstagen til og udførelse af målrettet relevant indsats, løbende evaluering, afslutning af indsats og vurdering af ny indsats". Det undrer os at ingen af de 8 indsatsområder beskriver undersøgelsesmetoder og måleredskaber, (reliabilitet og validitet) samt evt. manglende metode/måleredskab. Umiddelbart er indtrykket at vurderingen udelukkende har set på effekt af intervention.

Litteratursøgningen er omfattende, og gennemført over flere gange. Vi finder dog relevant litteratur som ikke er medtaget- se bemærkninger. Ved nærmere gennemgang viser det sig at en del referencer (n=13, 20%) ikke er original publikation, men bøger, oversigtsartikler, retningslinjer og vejledninger med deraf risici for at videreføre evt. fejlciteringer og fejlfortolkninger. Brugen af GRADE har klare fordele, primært de klare og gennemskuelige kriterier for hvordan litteraturen udvælges og vurderes. Der er også ulemper, herunder nævnes outcomemål og praksis anbefalinger.

Outcomemål: Ved GRADE skal man inden litteratursøgningen opstille hvilke outcomemål der skal inkluderes og hvilke(t) af disse der vægtes højest, dvs er det kritiske outcomemål. Såfremt

man derefter i litteratursøgningen finder (relevante) artikler, som har andre outcomemål end de valgte, kan disse artikler ikke inkluderes. DVS har man valgt at effekten af konditionstræning kan måles med eksempelvis 6MWT og 10 meter gangtest, men ikke på forhånd har tænkt på at Dynamic Gait Index også kunne være relevant, vil en artikel som kun har dette outcomemål ikke blive inkluderet. Det er derfor afgørende, at alle i arbejdsgruppen helt fra start er informeret og bevidste om, hvor vigtigt valget af outcomemål er, jf. bilag 6. Da følsomheden af et måleinstrument (næsten) altid er størst for outcomemål der måler på kropsniveau, bliver det sværere at finde en effekt af intervention hvis man primært leder efter effekten på aktivitets- og deltagelsesniveau. Sagt med andre ord er det mere sandsynligt (og derfor lettere at vise) at FES øger muskelstyrken end at FES medfører en ændring i livskvalitet. I forhold til kritiske og vigtige outcomemål er disse ofte outcomemål på aktivitets- og deltagelses niveau som er de kritiske (feks Barthel eller livskvalitet), mens outcomemål på kropsniveau kun er vigtige outcome mål og rangerer lavere.

Praksis anbefalinger: Når der er sparsom evidens, ønsker læserne af en retningslinje ofte en praksisanbefaling i stedet. Sundhedsstyrelsen bør være mere klar i forhold til hvornår der skal være praksisanbefalinger og hvad disse skal/ kan indeholde. Det kan være svært for en arbejdsgruppe at skrive en praksisanbefaling, idet Sundhedsstyrelsen ikke benytter stringente metoder til at indhente denne viden. Praksisanbefalingen kommer derfor til at afspejle hvad man mener i arbejdsgruppen. Sundhedsstyrelsen skal være klar i sin udmelding om, hvor meget medlemmerne af arbejdsgruppen bør/ skal bringe egen faglighed i spil i praksisanbefalingerne. Arbejdsgruppen er ikke altid repræsentativ og praksis anbefalingen kan derfor blive enten misledende eller modsat for konservativ, hvis arbejdsgruppen er (for) forsigtig. Man kunne med fordel have brugt eksempelvis audit, interview eller kvalitativ litteratur for at indhente mere viden til praksisanbefalingerne.

Effekttabellerne er overskuelige men det er generelt uklart om forbedringerne er fra højt til meget højt niveau eller meget lavt til lavt niveau.

Evidensbaseret praksis bygger på klinisk forskning af høj kvalitet, professionel viden og patientens præferencer. Det er ikke klart om patienternes stemme her er arbejdsgruppens vurdering af patientpræferencer eller om patienter og patientforeninger er hørt.

Afsnit med læsevejledning kan med fordel kaste lys over hvad feltet ” Praktiske råd og særlige patientovervejelser” bygger på. Arbejdsgruppens praktiske råd er nogle steder beskrevet for entydigt. Ordlyden kunne blødes op med et ”eksempelvis”, da der er tale om arbejdsgruppens anbefalinger og ikke eksakt viden.

### **Bemærkninger relateret til særlige afsnit**

Side 6, Centrale budskaber: Kommer for tidlig i dokumentet, da det ikke fremgår, hvad formålet er med retningslinjen.

Side 10: En god beskrivelse af tematikken, der beskriver godt, at indsatsen til patienten/borgeren skal baseres på en individuel vurdering og planlægning.

Side 12, 2 Træning i PADL, IADL og fritidsaktiviteter: Fagligt set er vi enige i anbefalingen, men der mangler en mere specifik beskrivelse af hvilken form for ADL-træning, der har effekt i hvilken fase. Dette kapitel er meget overfladisk og bibringer egentlig ikke ny viden, den har været kendt siden MTV rapporten udkom. Vi mangler en udspecificering, men ved også godt, at det er svært. Måske kunne det være en ide at adskille de tre områder for at få mere struktur og overskuelighed, vi mister tråden når vi sammenligner dette kapitel, med fx. kapitlet om styrketræning.

Sætningen under punkt 2.3 første anbefaling med "at træning i PADL ... uanset skadens omfang og lokalisation" er meget kritisk, da de fleste relevante undersøgelser baseres rent på patienter med apopleksi. Der foreligger ikke meget litteratur i forhold til fx. svært traumatisk hjerneskadede patienter, patienter med hypoksisk hjerneskade osv. Derfor er det kritisk at tale om alle skader uanset skadens omfang, da der i realiteten er patienter, som pga. nedsat vågenhed, ikke er aktivt i stand til at udføre nogle former af ADL træning, med mindre de bliver guidet, stimuleret og maksimal understøttet.

Side 20 3.3 Virtual reality-træning: Praktiske råd og særlige patientovervejelser: Punkt 2: Hvad betyder mild til moderat funktionsnedsættelse i OE? Hvad må en patient kunne rent funktionelt for at det er en mild/moderat funktionsnedsættelse? Punkt 3 er derimod præcist defineret.

Side 21 3.4 Baggrund for valg af spørgsmål 3. afsnit: Vi er enige i at se potentiale i virtuel træning. Det bør dog under alle omstændigheder adskille "virtuel træningsteknologi" som er målrettet genoptræning og "virtuelle spil" som er målrettet den "normale; raske population". Fx. kan jeg spille tennis med Wii konsollen uden at benytte min arm hensigtsmæssig, det giver en risiko for fejlindlæring, da feedback udelukkende fokuserer på effekten.

Desuden er feedback formen vigtig for en kvalitativ træning. Fx. hvis jeg udelukkende får visuel feedback, så lærer jeg at bruge synet frem for alt, det betyder, at i jeg i krævende hverdagsituationer ikke bruger mine andre informationssystemer i kroppen, auditiv, taktil, proprioceptiv osv., som er mere automatiserede og giver mig mulighed for at multitaske.

Side 22 3.5 Litteratur sidste afsnit: Hvis man ser hovedsagelig på patientklientellet som er indlagt til genoptræning, er det denne gruppe som er ekskluderet i de inkluderede studier. Hvordan forholder retningslinjerne sig til det? Mange patienter i de længere varige forløb har udover sensomotoriske problemer symptomer som afasi, apraksi, neglect (opmærksomhedsproblemer) osv.

side 22: Evidens imod virtual reality er ikke medtaget. Der er evidens der viser uønsket øget tonus ved tidlig virtuel træning af OE. I: Veerbeek, Kwakkel et al. Whats the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta- Analysis angives for virtual reality træning af OE: Pooling resulted in a significant homogenous negative SES for muscle tone.

Side 28 andre overvejelser: Forskelle mellem de forskellige systemer: Vi er enige i denne betragtning og derfor bør der udspecificeres hvilken form for virtuel træning der anbefales relateret til de forskellige sværhedsgrader, fx. kan almen ambulant træning være godt støttet med en kommerciel træningsform. En højt specialiseret indsats kræver mere sofistikerede træningsteknologier også hvad virtuel træning angår. Denne specificering vil have indflydelse på anbefalinger til praksis, vi vil nemlig gerne vide, hvilke apparatur en terapiafdeling skal købe for at træne mest optimalt. Desuden ser vi kritisk på de kommercielle systemer, da de bygger på "normale sunde raskes feedbacksystem" og tager dermed ikke hensyn til patienternes problemstillinger som følge af deres skade.

Side 29 3.8 Rationale for anbefaling: Hvorfor gives anbefaling hvis effekten er så svag. Hvis vi fx sammenligner med styrketræning så står det ikke i relation til dette. Vi ser udviklingsmuligheder i virtuel træning, men vi mener anbefalingerne er for stærke i relation til effekten.

Side 30 4 Funktionel elektrisk simulation: Godt at der angives en dosis anbefaling.

side 37: Er det arbejdsgruppens vurdering, at det vil være den enkelte persons præferencer der afgør anvendelse af FES eller anke-fod-ortose? Vi finder at anbefalingen vil være påvirket af om der er tale om en kompenserende eller restorativ indsats. Er det sidste tilfældet vil FES være førstevalget.

Side 39 5 Styrketræning: Positivt at man beskriver minimum indsats og dosis for styrketræning. Som udgangspunkt kan man dog sige at alle patienter som har / har haft en grad af parese vil have behov for styrketræning, da de i løbet af ganske få dage mister muskelstyrke. Kan der evt. afskilles mellem immobilitetsbetinget tab af styrke og neural betinget tab af styrke? Det er uklart hvilken intensitet i procent (%) af 1 RM der anbefales

Side 48 Konditionstræning: Meget nuanceret beskrivelse.

Side 49: Outcome/effektmål i forhold til emnet kondition kunne også være bedret kognition. Retningslinjens reference nr. 42 omhandler effekten af fysisk aktivitet på kognition for personer med apopleksi.

Side 55 7.3 Balancetræning – Praktisk råd og særlige patientovervejelser: Kan man i stedet for statisk, reaktiv og proaktiv balance benytte: Proaktiv, reaktiv og steady state? Godt at balancen integreres i opgaveløsning og/ eller ADL, da det er en væsentlig bestanddel i dette.



Side 56 7.4 Baggrund for valg af spørgsmål. 1. afsnit: Følgende sætning er ikke helt klar: Det vigtigste formål ... med henblik på at bedre (kan erstattes med tilpasses) og opretholde kroppens position ...

Side 56 7.4 fortsæt 2. afsnit: Kan kognitiv bearbejdning erstattes af perception som er mere ubevidst og automatisk, som balance som udgangspunkt også er? Desuden bør i næste sætning dårlig balance erstattes med nedsat balance.

Venlig hilsen

På bestyrelsens vegne

Inger Marie Hansen

Formand for Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi