

Statusartikel

Ugeskr Læger 2021;183:V01210050

Tidlig udskrivelse efter stroke med rehabilitering i hjemmet

Line Lunau & Henrik Boye Jensen

Hjerne- og Nervesygdomme, Kolding Sygehus

Ugeskr Læger 2021;183:V01210050

HOVEDBUDSKABER

- Vi er ikke bekendt med litteratur, hvor hjemmerehabilitering efter stroke belyses evidensbaseret og sættes i en dansk kontekst.
- Hjemmerehabilitering er ikke dårligere end hospitalsrehabilitering, og er meningsfyldt for patienterne.
- Pårørende, ensomhed og overgang mellem sektorer bør adresseres i fremtidigt arbejde.

Stroke er en livsomvæltende sygdom, som sætter patienten i en ny situation på alle livsområder [1]. Der er evidens for, at velorganiseret pleje og rehabilitering efter stroke reducerer mortalitet og øger selvstændighed på længere sigt [2]. Rehabilitering skal ifølge WHO og Sundhedsstyrelsen give mennesker med nedsat funktionsevne de nødvendige redskaber til at opnå uafhængighed og medbestemmelse [3]. Rehabilitering efter stroke foregår typisk i regi af neurologiske afdelinger. Når denne del er afsluttet, overtager kommunerne arbejdet og laver almen genoptræning. Denne gennemgang omhandler den neurologiske del af rehabiliteringen.

Da rehabilitering fortsat er en væsentlig og udgiftstung indsats, diskuteres det, hvordan der skabes de bedste rammer for en effektiv og meningsfuld indsats. Rehabilitering i hjemmet kan formentlig anvendes på linje med hospitalsbaseret rehabilitering – forudsat at det udføres af tværfagligt personale med neurologisk ekspertise.

Formålet med artiklen er at undersøge evidensen for, om rehabilitering i hjemmet er lige så effektiv som hospitalsbaseret rehabilitering, herunder hvordan tidlig udskrivelse efter stroke opleves af patienterne. Vi lavede søgning på PubMed i maj 2020, hvor vi anvendte MeSH-terminerne »stroke« og »rehabilitation« samt friteksterne »home-based«, »community-based«, »domiciliary rehabilitation«, »early discharge«, »early supported discharge« og »domiciliary service«. Som udgangspunkt er studier med telemedicinske løsninger fravalgt, fraset enkelte pårørendestudier, hvor det blev vurderet, at telemedicinen supplerede hjemmerehabiliteringsindsatsen.

EFFEKT MÅL FOR REHABILITERING

Der findes scoringssystemer til objektivisering af rehabilitering (Tabel 1). I den kvalitative forskning undersøges patienternes oplevelser, forventninger og erfaringer med rehabilitering. Der inkluderes færre patienter, men der er mulighed for at belyse flere dybdegående, patientrelaterede perspektiver.

TABEL 1 Scoringssystemer til at måle effekten af rehabilitering.

| Navn | Introduktionstidspunkt | Anvendelse | Målepunkter | Reference |
|--------------------------------------|------------------------|---|---|-----------|
| Bartels ADL-indeks | 1965 | Bredt anvendt i dansk forskning og kvalitetsarbejde | Spisning, forflytning fra seng til stol, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, mobilitet, trappegang, påklædning, tarm- og blærekontrol | [4] |
| Modified Rankin Scale | 1957 | Funktionsevne efter stroke samt præmorbid tilstand før intervention | Graden af funktionsevne scores i 6 trin: 0 = ingen handicap, 6 = død | [5] |
| Lindmark Motor Capacity | 1988 | Specielt udviklet til motoriske færdigheder hos patienter med stroke | Bevægelse, ændring i en bevægelse, koordination, mobilitet, føleudfald, ledsmerter, passiv bevægelighed | [6] |
| Bergs balanceskala | 1995 | Balancen hos svagelige ældre med stroke Bruges af fysio- og ergoterapeuter | Patientens sikkerhed i balancen 14-item-test | [7] |
| Postural Assessment Scale for Stroke | 1999 | Måler postural control hos patienter med stroke Bruges af fysioterapeuter | 12 test med 4 deelelementer i hver | [8] |

ADL = activities of daily living.

LITTERATURGENNEMGANG

Kvantitative studier

Tabel 2 giver overblik over de randomiserede studier. Da følgevirkningerne efter stroke er heterogene og afhænger af læsionens placering, komorbiditet og socioøkonomiske forhold, har vi indsnævret gennemgangen til studier, hvor man følger sammenlignelige patientgrupper og tilfældigt afgør, om en patient skal rehabiliteres i hjemmet eller på et hospital ved at benytte et randomiseret studiedesign.

TABEL 2 Oversigt over randomiserede studier.

| Reference | Patienter, n | Testmetoder | Followuptid | Træningsintensitet | Resultat |
|-------------------------------------|--------------|---|---------------------------|---|---|
| Askim <i>et al.</i> , 2006 [9] | 62 | Bergs balanceskala/Walking Speed | 1 år | Ikke beskrevet | Ingen signifikant forskel |
| Gjelsvik <i>et al.</i> , 2014 [10] | 167 | Postural Assessment Scale for Stroke Bartels ADL-indeks Modified Rankin Scale | 3 mdr. | Ikke beskrevet | Ingen signifikant forskel men bedre self-reported outcome |
| Rasmussen <i>et al.</i> , 2016 [11] | 71 | Modified Rankin Scale Bartels ADL-indeks | 3 mdr. | 1-3 × pr. uge | Forbedring hos hjemmetræningsgruppe |
| von Koch <i>et al.</i> , 2001 [12] | 83 | Bartels ADL-indeks Lindmark Motor Capacity Desuden andre metoder | 1 år | Min. 4 mdr./individuelt tilpasset antal besøg | Ingen signifikant forskel på grupper |
| Thorsen <i>et al.</i> , 2005 [13] | 83 | Bartels ADL-indeks Lindmark Motor Capacity Desuden andre metoder | 5 år | 1 × pr. uge i 14 uger | Hjemmegruppe bedre på Bartels ADL-indeks Ingen forskel i motoriske parametre |
| Ytterberg <i>et al.</i> , 2010 [14] | 83 | Health-related Quality of Life | 1 år + 5 år | | Bedring i patientoplevet livskvalitet i hjemmegruppe |
| Taule <i>et al.</i> , 2015 [15] | 103 | Assessment of Motor and Process Skills Sekundært: modified Rankin Scale | 3 mdr. | 17 t. over 4 uger | Ingen forskel på grupper på Assessment of Motor and Process Skills Ikkesignifikant bedring i hjemmegruppe på Modified Rankin Scale |
| Hsieh <i>et al.</i> , 2018 [16] | 26 | 33-item Fugl-Meyer Assessment Upper-limb Subscale The Motor Activity Log EuroQoL-5D Questionnaire | 4 uger | 3 sessioner a 2 t. pr. uge | Bedre funktionelt outcome i hjemmegruppe Bedre selvvalueret livskvalitet i hospitalsgruppe |
| Rafsten <i>et al.</i> , 2019 [17] | 140 | Modified Rankin Scale | 3 mdr. + 12 mdr. | 3-6 besøg pr. uge i 4 uger | Ikkesignifikant bedring hos hjemmegruppe |
| Askim <i>et al.</i> , 2004 [18] | 28 | Modified Rankin Scale | 6 uger, 26 uger + 52 uger | 1 hjemmebesøg + flere tlf.-samtaler i 4 uger | Ingen forskel mellem grupper |

ADL = almindelig daglig livsførelse.

Fælles for de inkluderede kvantitative studier var, at patienterne blev randomiseret til enten hjemmetræning eller hospitalsbaseret træning. Enkelte medtog en mellemting, såsom dagcentertræning [10]. I de fleste studier fandt man ingen forskel mellem grupperne på de objektive effektmål [9, 12, 17, 18]. I et norsk studie [10] fandt man i selvrapporterede data om gang og activities of daily living (ADL)-selvhjulpethed signifikant bedring ved followup hos hjemmetræningsgruppen. I et dansk studie [11] fandt man signifikant bedring i hjemmetræningsgruppen, målt på modified ranking scale, og i livskvaliteten. I en svensk kohorte på 83 patienter, der fik fire måneders intervention, fandt man ingen forskel mellem grupperne efter et år, mens der

efter fem års followup blev fundet signifikant bedring i interventionsgruppen på ADL-funktionsniveau. Forfatterne påpeger, at det er en kort interventionstid med en lang followup, hvilket bør give anledning til forsigtighed i fortolkning af resultaterne [12-14].

Kvalitative studier

Fælles for de inkluderede kvalitative studier er, at man ikke har sammenlignet en hjemme- og en hospitalstræningsgruppe, men udelukkende har interviewet patienter, der har været igennem et hjemmetræningsforløb. Dermed kan man ikke sige, om problemerne ville være de samme i hospitalstræningsgruppen, men studierne kan bruges til at belyse særlige styrker eller svagheder, som skal medtages i det videre arbejde med hjemmerehabilitering.

Dagligdagsaktiviteter som meningsfuld træning

De fleste patienter fandt mening i at bruge de konkrete aktiviteter i hjemmet som træning. De beskriver tryghed og ro i hjemmet – i modsætning til i hospitalsmiljøet, der opleves upersonligt med flersengsstuer og travlhed hos personalet [19, 20].

Behov for information

Flere interviewede patienter og pårørende beskriver manglende vejledning og information om alt fra praktiske forhold som forflytninger til håndtering af depression og andre følelsesmæssige reaktioner, der er opstået efter stroke [20]. Både pårørende og patienter befinder sig i en eksistentielt og følelsesmæssigt udfordrende situation i tiden efter stroke. Der opleves et stort behov for viden om sygdommen og om, hvad de kan forvente af deres forløb [20, 22].

Meningsfuldhed og ensomhed

I et dansk studie lavede man semistrukturerede interview med patienter og deres pårørende 3-6 uger efter tidlig, understøttet udskrivelse fra hospitalet. Her fandt man en positiv oplevelse af at komme tidligt hjem og modtage træning der. Patienterne fandt meningsfuldhed i at bruge hverdagens gøremål som træning og dermed generhverve tidligere funktioner [20].

Angst og utryghed

I et svensk studie undersøgte man gennem interview patienternes forventninger til tidlig udskrivelse, altså inden de kom hjem. Der var glæde ved forventningen om at komme i vante omgivelser og generhverve tidligere funktioner i en meningsfuld sammenhæng. Dog syntes der at være en stor angst hos patienterne for risikoen for ny stroke samt for ikke at blive opdaget og behandlet i tide, når man ikke var på hospitalet. Man fandt også en tendens til urealistiske forventninger, som at man ville genvinde ADL-funktioner straks, når man kom hjem, til trods for at man ikke havde dem på hospitalet. De sidste var formentlig relateret til reduceret kognitiv funktion [23]. I et norsk studie blev patienterne interviewet 6-8 måneder efter deres stroke. Her sås store udfordringer med ensomhed, vanskelighed ved at acceptere den nye, anderledes krop og vanskelighed ved at finde tilbage til tidligere sociale arenaer. Da det professionelle team forlod patienten efter deres besøg, beskrev en patient oplevelsen af at sidde tilbage og føle sig meget alene [21].

Pårørendebyrde

Fra pårørende blev der beskrevet øget arbejdsbyrde og mangel på vejledning i at håndtere patienten i både praktiske og følelsesmæssige forhold [19]. I et studie fra Taiwan tilbød man pårørende til patienter, der havde haft stroke, et kursus i dagligdagens træningsmuligheder. Interventionsgruppen viste bedring på både gangfunktion, balance og selvhjulpethed, uden at de pårørende beskrev det som en øget pårørendebyrde [22].

I et lignende randomiseret forsøg i Holland gav man en gruppe – ud over vanligt rehabiliteringstilbud efter udskrivelse et webbaseret træningsprogram med telefonisk kontakt til terapeuter undervejs, og de pårørende skulle støtte patienten i at udføre dette træningsprogram fem gange pr. uge i otte uger. Man fandt ingen forskel på de funktionelle skalaer, men i en spørgeskemaundersøgelse blev der rapporteret om færre angstsymptomer hos patienterne og færre depressive symptomer hos de pårørende end i kontrolgruppen [23]. I lignende studier [24, 25] har man ikke kunnet påvise forskel mellem grupperne.

DISKUSSION

Målt på kvantitative effektmål er der ikke holdepunkt for, at kvaliteten af rehabilitering i hjemmet adskiller sig væsentligt fra traditionel, hospitalsbaseret rehabilitering. Den kvalitative del belyser, at der er mulighed for større meningsfuldhed og oplevelse af sammenhæng for patienterne – men også at der er udfordringer i forhold til angst, usikkerhed og ikke mindst pårørendebyrde.

Svaghederne ved denne gennemgang er, at de fundne studier generelt er små og meget heterogene. Det er en klinisk erfaring, at der sker stor spontan bedring i efterforløbet af stroke, og at graden af bedring er meget afhængig af komorbiditet, socioøkonomisk baggrund, tidligere stroke mv., hvorfor det må forventes, at der skal store grupper til, for at man kan påvise en egentlig forskel på de forskellige regimer.

I den kvalitative del ses tidligt i forløbet et positivt, næsten idyllisk billede af meningsfuldheden i det at træne hjemme, hvorimod man i det studie, hvor man interviewede patienterne 6-8 måneder efter udskrivelsen, fandt væsentligt flere frustrationer og udfordringer. Dette kan underbygges af den kliniske virkelighed, at der i de første uger efter en stroke oftest sker meget store fremskridt, hvorimod de fleste patienter efter 6-8 måneder har nået et plateau, hvor de fleste af deres neurologiske udfald må anses for at være blivende, og fremskridtene er væsentligt mindre. På det tidspunkt er de fleste patienter overgået til forløb i primærsektoren uden kontakt til sygehusenes neurologiske ekspertise – det kan overvejes, om man med fordel kunne tilbyde større hjælp og støtte til patienter og pårørende i den fase.

De fleste af studierne, hvor hjemmerehabilitering udføres af professionelle, er skandinaviske, hvorimod mange pårørendestudier er asiatiske, hvilket formentlig afspejler forskelle i, om det betragtes som en professionel opgave eller en familieopgave at tage sig af de syge.

I Danmark er der tradition for, at kommunerne overtager forløbet, når den neurologiske rehabilitering er overstået. Der udarbejdes en genoptræningsplan, og kommunen tilbyder rehabilitering af mere standardiseret karakter, ikke nødvendigvis med særlig neurologisk ekspertise. Temaerne i den kvalitative del viser, at patienterne har brug for denne ekspertise i deres rehabilitering, så vi vurderer, at hjemmerehabilitering ikke skal opfattes som værende på linje med den kommunale indsats.

KONKLUSION

Der er gode perspektiver i at tilbyde træning i hjemmet, og vi vil tillade os at konkludere, at hjemmerehabilitering er lige så god som hospitalsbaseret rehabilitering til milde og moderate strokes. Patienterne oplever meningsfuldhed og glæde ved at være hjemme og træne i vante omgivelser, men oplever også sorg og ensomhed, og social isolation italesættes. Patienterne sætter stor pris på kontakten til personalet og deres viden om sygdommen.

Antaget 5. august 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk 11. oktober 2021

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2021;183:V01210050

Taksigelser Det udekørende apopleksiteam, særligt *Christina Nordborg*, læger, sygeplejersker og terapeuter på Hjerne- og Nervesygdomme, Kolding Sygehus, og neuropsykolog *Camilla Kiib Kristensen* takkes for bidrag til arbejdet.

SUMMARY

Early discharge after stroke with rehabilitation in the home

Line Lunau & Henrik Boye Jensen

Ugeskr Læger 2021;183:V01210050

This is a review of the summarised evidence behind early supported discharge in stroke, and our experiences. We found a reasonable amount of randomised studies, measuring rehabilitation on different quantitative scales. None of these studies showed, that patients were doing worse when receiving rehabilitation at home instead of hospitalised rehabilitation. Qualitative studies have shown satisfied happy patients but also challenges like loneliness among patients, workload for the relatives and transition within sectors, especially from hospital to primary care.

REFERENCER

1. Taule T, Raheim M. Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke. *Disabil Rehabil* 2014;36:2107-19.
2. Langhorne P, Ramachandra S, Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;4:CD000197.
3. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen, 2011.
4. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
5. Banks JL, Marotta CA. Outcomes validity and reliability of the modified Rankin scale: implications for stroke clinical trials: a literature review and synthesis. *Stroke* 2007;38:1091-6.
6. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1988;21:1-40.
7. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI. The balance scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. *Scand J Rehab Med* 1995;27:27-36.
8. Benaim C, Perennou DA, Villy J et al. Validation of a standardized assessment of postural control in stroke patients: the Postural Assessment Scale for Stroke Patients (PASS). *Stroke* 1999;30:1862-8.
9. Gjelsvik BE, Hofstad H, Smedal T et al. Balance and walking after three different models of stroke rehabilitation: early supported discharge in a day unit or at home, and traditional treatment (control). *BMJ Open* 2014;4:e004358.
10. Rasmussen RS, Ostergaard A, Kjaer P et al. Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: a randomised controlled trial. *Clin Rehabil* 2016;30:225-36.
11. Ytterberg C, Thorsen AM, Liljedahl M et al. Changes in perceived health between one and five years after stroke: a randomized controlled trial of early supported discharge with continued rehabilitation at home versus conventional rehabilitation. *J Neurol Sci* 2010;294:86-8.
12. Askim T, Morkved S, Indredavik B. Does an extended stroke unit service with early supported discharge have any effect on balance or walking speed? *J Rehabil Med* 2006;38:368-74.
13. von Koch L, de Pedro-Cuesta J, Kostulas V et al. Randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke: one-year

- follow-up of patient outcome, resource use and cost. *Cerebrovasc Dis* 2001;12:131-8.
14. Thorsen AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta J, von Koch L. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke*. 2005;36(2):297-303.
 15. Taule T, Strand LI, Assmus J et al. Ability in daily activities after early supported discharge models of stroke rehabilitation. *Scand J Occup Ther* 2015;22:355-65.
 16. Hsieh YW, Chang KC, Hung JW et al. Effects of home-based versus clinic-based rehabilitation combining mirror therapy and task-specific training for patients with stroke: a randomized crossover trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2018;99:2399-407.
 17. Rafsten L, Danielsson A, Nordin A et al. Gothenburg Very Early Supported Discharge study (GOTVED): a randomised controlled trial investigating anxiety and overall disability in the first year after stroke. *BMC Neurol* 2019;19:277.
 18. Askim T, Rohweder G, Lydersen S, Indredavik B. Evaluation of an extended stroke unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2004;18:238-48.
 19. Cobley CS, Fisher RJ, Chouliara N et al. A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clin Rehabil* 2013;27:750-7.
 20. Lou S, Carstensen K, Moldrup M et al. Early supported discharge following mild stroke: a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home. *Scand J Caring Sci* 2017;31:302-11.
 21. Taule T, Strand LI, Skouen JS, Raheim M. Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. *Scand J Caring Sci* 2015;29:651-61.
 22. Nordin A, Sunnerhagen KS, Axelsson AB. Patients' expectations of coming home with very early supported discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC Neurol* 2015;15:235.
 23. Wang TC, Tsai AC, Wang JYC et al. Caregiver-mediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: a randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair* 2015;29:3-12.
 24. Vloothuis J, Depla M, Hertogh C et al. Experiences of patients with stroke and their caregivers with caregiver-mediated exercises during the CARE4STROKE trial. *Disabil Rehabil* 2020;42:698-704.
 25. Nordin NAM, Aziz NA, Sulong S, Aljunid SM. Effectiveness of home-based carer-assisted in comparison to hospital-based therapist-delivered therapy for people with stroke: a randomised controlled trial. *NeuroRehabilitation* 2019;45:87-97.
 26. Liu H, Lindley R, Alim M et al. Family-led rehabilitation in India (ATTEND)-Findings from the process evaluation of a randomized controlled trial. *Int J Stroke* 2019;14:53-60.