

## Bilag til fælles redskab til vurdering af funktionsevnen hos patienter med apopleksi

### Resume

Det er besluttet i Implementeringsgruppen for Apopleksiomlægningen, at man som led i omlægning af apopleksiforløb skal udvælge få valide test og screeningsredskaber, der kan anvendes i hospitalsregi og i kommunerne. Dette forpligter sektorerne til at bruge de samme redskaber på tværs af patientforløb.

Med udgangspunkt i ICF core set til apopleksi anbefaler arbejdsgruppen testredskaber indenfor områderne kognition, gang og dysfagi. Testredskaberne er udvalgt på baggrund af en kombination af:

- redskabernes psykometriske egenskaber (validitet, reliabilitet, følsomhed) i relation til patienter med apopleksi.
- at redskaberne er simple at anvende og kræver minimum af oplæring.
- at redskaberne kan anvendes af fagpersonalet i det tværfaglige team og ikke kræver specifik uddannelse.
- at redskaberne findes i en dansk udgave.

Arbejdsgruppens intention er, at redskaberne også vil kunne anvendes til patienter med erhvervet hjerneskade.

Område	Anbefalede Testredskaber	Formål med testen	Hvornår skal redskabet benyttes
<b>Kognition</b>	MoCA	<b>Screening</b>  Grov screening for kognitiv funktionsevnedensættelse. Anvendes sammen med neurofaglig vurdering. <b>Sikre, at evt. kognitiv funktionsevnedensættelse opdages.</b>	Primært til patienter, der udskrives fra akut hospital og direkte til eget hjem eller kommunal rehabilitering. MoCA udføres af apoteam som led i udredningen.
<b>Gang</b>	10 meter gang test  Timed Up and Go	<b>Beskrivelse af status samt ændring af gangfunktion</b>  Vurdering af ganghastighed  Basismobilitet	I alle faser af rehabiliteringen, særligt ved overgange i rehabiliteringsforløb.

	6 min gang test	Gang udholdenhed	
<b>Dysfagi</b>	GUSS  EAT-10	<b>Screening for dysfagi</b>  <b>Beskrivelse af grad af dysfagi</b>	Hospitalsindlæggelse fase 1 og 2  I kommunalt regi

## Baggrund

Det er besluttet i Implementeringsgruppen for Apopleksiomlægningen, at man som led i omlægning af apopleksiforløb skal udvælge få valide test og screeningsredskaber, der kan anvendes i hospitalsregi og i kommunerne. Dette forpligter sektorerne til at bruge de samme redskaber på tværs af patientforløb.

For at sikre og fastholde kvalitet i rehabiliteringsforløb for patienter og borgere med apopleksi er det nødvendigt at gennemføre en systematisk udredning.

Funktionsevnededsættelse efter apopleksi er kompleks, hos nogle personer ses en mindre, forbigående funktionsevnededsættelse og for andre en omfattende funktionsevnededsættelse, der varer resten af livet.

Mange rehabiliteringsforløb går på tværs af sektorer, eksempelvis ved udskrivelse fra hospital til kommunal rehabilitering. Også indenfor sektorerne kan der være overgange, både mellem fase 1 og 2, eller indenfor det kommunale rehabiliteringstilbud. Der er generelt i litteraturen og blandt fagfolk enighed om, at det er vigtigt, at viden om patientens funktionsevne indgår i de forskellige overleveringer.

Nogle rehabiliteringsforløb er korte og involverer få fagpersoner mens andre er langvarige og involverer mange forskellige fagpersoner. Det fremmer et sammenhængende patientforløb, hvis fagpersonerne anvender de samme redskaber til vurdering og beskrivelse af funktionsevnen og formidler resultatet i overgangene.

Et igangværende forskningsprojekt ved CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har påvist, at der i Region Midtjylland langt fra er konsensus omkring hvilke redskaber, der anvendes – hverken

blandt de regionale enheder eller i kommunerne. Heller ikke i den internationale litteratur på området er der konsensus.

I flere internationale guidelines og i eksempelvis ”Faglig visitationsretningslinje- genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade” anbefales, at WHO’s ”Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand” (ICF) benyttes til beskrivelse af funktionsevne. I arbejdsgruppen tages udgangspunkt i ICF core set til apopleksi. ICF core set til apopleksi angiver 24 forskellige områder af funktionsevnen, der er vigtige at afdække hos patienter med apopleksi.

Der afventes igangsætning af et nationalt samarbejde omhandlende test til samtlige områder af funktionsevnen. Nærværende arbejdsgruppe i Region Midtjylland vil fokusere på områderne kognition, gang og dysfagi. Arbejdet er begrænset til diagnosen apopleksi, men kan anbefales til alle diagnoser i forløbsprogrammerne for erhvervet hjerneskade.

## **Formål**

Arbejdsgruppen skal pege på testredskaber til vurderingen af funktionsevnen hos patienter med apopleksi, som kan anvendes i overgange i rehabiliteringsforløb. Der tages udgangspunkt i ICF core set til apopleksi med fokus på områderne kognition, gang og dysfagi.

## **Metode**

Testredskaberne udvælges på baggrund af redskabernes psykometriske egenskaber (validitet, reliabilitet, følsomhed) samt arbejdsgruppens krav til redskabernes egnethed i klinikken.

## **Litteraturgennemgang**

Testredskabernes psykometriske egenskaber afdækkes ved en systematisk litteraturgennemgang af peer-reviewed artikler fundet ved søgning i fire sundhedsvidenskabelige databaser.

Litteratursøgningen laves indenfor hvert af de valgte ICF områder. Litteraturgennemgangen skal afdække hvilke redskaber der findes, samt i hvilken grad de psykometriske egenskaber for redskabet er opfyldt.

## **Krav til testredskaberne**

- De skal være simple at anvende og kræve minimum af oplæring.
- De skal ikke kræve specifik uddannelse og skal kunne anvendes af fagpersonale i det tværfaglige team.
- Det skal afklares om relevante testredskaber findes i en dansk udgave og om yderligere validering bør udføres.

## **Resultater**

### **Testredskaber til vurdering af kognition**

En tidligere undergruppe under Implementeringsgruppen for apopleksiomslægningen i Region Midtjylland har vedtaget, at Montreal Cognitive Assessment (MoCa) (bilag 1) skal anvendes til test af kognition. Nærværende arbejdsgruppe støtter denne beslutning.

### **Begrebsafklaring**

Det kognitive område er stort, og forskellige kilder er ikke helt enige om afgrænsningen. Stroke Association omtaler funktionsevnenedsættelse inden for følgende områder: nedsat opmærksomhed, neglekt, rum-retnings-problemer, apraksi, svigtende sygdomserkendelse, manglende initiativ, forstyrrelser af synsopfattelsen og sprogforstyrrelser ([www.stroke.org.uk](http://www.stroke.org.uk)).

Erfaringer fra Region Midtjylland viser, at der blandt fagfolk i apopleksiteams og kommuner heller ikke er enighed om afgrænsningen. Der er eksempelvis forskel på, hvordan sundhedsfaglige umiddelbart definerer ”kognitive problemer” og den måde ansatte i den kommunale socialfaglige indsats definerer samme område.

I relation til det kognitive område er der i ICF brief coreset til apopleksi fire kategorier: bevidsthedstilstand, orienteringsevne, opmærksomhed og hukommelse. Disse fire kategorier beskriver funktionsevne og funktionsevnenedsættelse på kropsniveau.

Derudover er der tre kategorier, der omhandler kommunikation: Sprogfunktioner, Forstå mundtlige meddelelser og Tale. Kommunikation vurderes særskilt og medtages ikke i nærværende arbejde.

### **Litteraturgennemgang**

Der blev foretaget en systematisk litteratursøgning indenfor de fire ICF kategorier b110 bevidsthedstilstand, b114 orienteringsevne, b140 opmærksomhed og b144 hukommelse (Bilag 2).

Der blev fundet 66 studier, som evaluerede i alt 63 forskellige testredskaber. Flere testredskaber var kun evalueret i en til to artikler. MMSE og MoCA var de to mest velundersøgte testredskaber.

### **Montreal Cognitive Assessment (MoCa)**

Der blev fundet 11 studier, som evaluerede de psykometriske egenskaber af MoCa. Fire af studierne opfyldte imidlertid ikke på forhånd fastsatte krav for enten design og/ eller statistisk metode (Bilag1). Resultaterne for de resterende syv studier er rapporteret (bilag 1) og omhandlede primært concurrent og prediktiv validitet. To studier sammenholdt MMSE og MoCA. Studierne viste, at MoCA havde mindre lofteffekt end MMSE og var mere sensitiv i fht. at afdække milde kognitive vanskeligheder.

### **Beskrivelse af MoCA**

MoCA er udviklet til at identificere let kognitiv svækkelse. MoCA omfatter seks kognitive domæner: Visiospatiel konstruktion, eksekutiv funktion, episodisk hukommelse, opmærksomhed, sprogfunktion benævnelse, orientering. Lette kognitive problemer vil ofte vise sig ved problemer på et af ovenstående områder.

Patienten kan scores fra 0 til maksimalt 30 og ved en score < 26 anbefales det, at det kognitive område vurderes nærmere.

MoCA tager ca. 10 min at anvende og er oversat til dansk. Det er tilladt at anvende MoCA til klinisk brug uden særlig tilladelse. Vurderingen kan gennemføres efter en kort vejledning, men det anbefales, at testere opnår rutine i at anvende MoCA.

### **Arbejdsgruppens overvejelser om MoCAs anvendelighed og begrænsninger**

MoCA er forholdsvis hurtig og let at udføre. I forhold til eksempelvis MMSE, der er udviklet til brug ved demens, omfatter MoCA flere aspekter af kognition.

MoCA kan ikke anvendes til patienter med svær apraksi og patienter som ikke taler eller forstår dansk. Patienter med en svær paretisk/ paralytisk hånd som ikke kan holde en blyant vil ikke kunne udføre de visuospatielle/ executive dele af testen. Patienten vil dog fortsat kunne udføre de resterende dele af testen.

Der er fundet flere danske versioner af MoCA. Versionen oversat af Kirsten Abildskov er den mest udbredte og anbefales af arbejdsgruppen (Bilag 2). Der er fundet et dansk bachelortopprojekt fra 2013 om reliabiliteten af MoCA til apopleksipatienter i den akutte fase (1). Der er ikke fundet peer-reviewede studier omhandlende den danske udgave af MoCA, men oversættelsen er af nærværende arbejdsgruppe vurderet at have god face-validitet.

### **Yderligere afdækning af kognitiv funktionsevne**

MoCA test vil altid foregå samtidig med en almen vurdering af patientens kognitive funktionsevne. Indholdet i en almen vurdering forudsættes kendt af fagfolk og vil altid inkludere anamnese, observation og samtale med patient og eventuelt samtale med pårørende.

I tillæg til MoCA kan yderligere kognitiv udredning ved en ergoterapeut foretages hvis det vurderes, at MoCA ikke har afdækket de kognitive områder der er påvirket. Hvis der vurderes svære kognitive problemer anbefales det, at der henvises til en neuropsykologisk undersøgelse.

### **Hvornår skal MoCA anvendes**

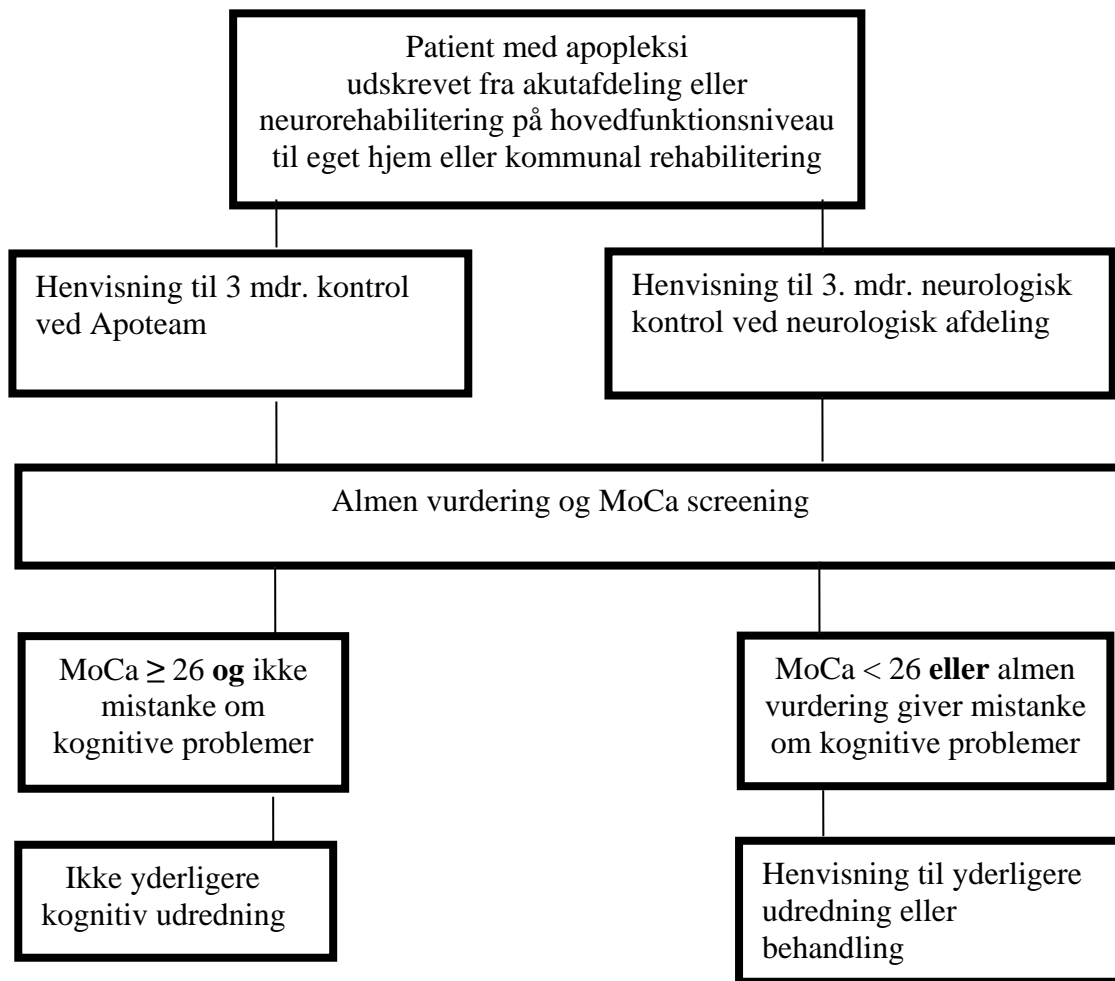
Patienter med apopleksi, som udskrives fra akutafdeling eller neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau til eget hjem eller kommunal rehabilitering, får ved udskrivelsen enten:

- en tid til 3 måneders kontrol på neurologisk afdeling på enten Hospitalsenhed Vest eller Aarhus Universitetshospital.
- en henvisning til apoteam, mhp. en 3 måneders opfølgning, hvor patienten vurderes og testes med MoCA.

Patienter, der forud for den aktuelle indlæggelse havde svært nedsat kognitiv funktionsevne eller demens, kan ekskluderes fra 3 måneders kontrol/ 3 måneders opfølgning.

Diagram 2 viser hvornår i patientforløbet MoCA anvendes.

**Diagram 1. Anvendelse af MoCA test til kognitiv screening til patienter med apopleksidiagnose i Region Midtjylland**



## Testredskaber til vurdering af gang

### Litteraturgennemgang

Der blev foretaget en systematisk litteratursøgning inden for de to ICF områder d450 gå og d455 bevæge sig omkring (Bilag 3). De to kategorier relaterer sig til funktionsevne og funktionsevnenedsættelse på kropsniveau. Der blev fundet 37 studier som evaluerede i alt 22 forskellige testredskaber.

På baggrund af litteratursøgningen samt arbejdsgruppens krav om testredskabernes anvendelighed anbefales, at man ved test af gangfunktion som førstevalg anvender 10 meter gang test og Timed Up and Go. Derudover kan suppleres med 6 min gang test.

De tre gangtests undersøger forskellige aspekter af gangen. Gangtests benyttes, når det vurderes, at der er nedsat funktionsevne, som påvirker gangfunktionen. Patienter som ikke har standfunktion, og hvor det ikke forventes at der kommer en stand- eller gangfunktion, skal ikke vurderes med gangtest.

Specielt ved udarbejdelse af afsluttende status eller GOP er det væsentligt, at funktionsevnen beskrives systematisk med brug af ovenstående gangtest. Mellem regionale institutioner anvendes testene efter en faglig vurdering. Testene anvendes igen ved afslutning af forløb, eksempelvis ved udarbejdelse af GOP, og resultatet tydeliggøres i det kommunale slutnotat. Hermed bliver data tilgængelige og kan benyttes hvis borgeren genindlægges. Det anbefales, at testene anvendes ved opstart af efterfølgende kommunale og regionale genoptræningstilbud.

### **Beskrivelse af gangtestene**

10 meter gang test tester ganghastighed. Testpersonen skal gå 10 meter så hurtigt og sikkert som muligt.

Timed Up and Go tester basismobilitet. Basismobilitet defineres som evnen til at komme ind og ud af seng, op og ned af stol, gang over kortere distancer samt vending. Testen måler den tid, det tager en person at rejse sig fra en stol med armlæn (sædehøjde ca. 46 cm), gå 3 meter, vende, gå tilbage til stolen og sætte sig igen

Seks min gangtest tester gangdistancen. Testpersonen skal gå så langt som muligt på 6 minutter. Det anbefales, at der anvendes en bane på 30 meter. I hver ende af banen placeres en kegle, som patienten skal gå rundt om.

Bilag 4 angiver retningslinjer for testudførelse af de tre tests. Disse retningslinjer følger generelt anbefalinger beskrevet på Danske Fysioterapeuters hjemmeside, [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)

### **Testredskaber til vurdering af dysfagi**

Under indlæggelse på hospital følger nærværende arbejdsgruppe ” Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi og TCI” (2) og anbefaler testredskabet The Gugging Swallowing Screen (GUSS) til screening for dysfagi i fase 1 og 2 (3). GUSS afdækker både grad af dysfagi og risiko for aspiration. GUSS tager højde for risiko for aspiration under selve screeningen, idet første trin i den direkte synketest udføres med fortykket væske. Det er god klinisk praksis at valg af kostform afhænger af patientens grad af dysfagi og må justeres efter behov ud fra et klinisk skøn.



Når patienten udskrives til kommunalt regi bør GUSS scoren være tilknyttet en faglig beskrivelse af dysfagiens sværhedsgrad (om det er ingen, let, moderat eller svær dysfagi). Anbefaling for valg af kostform vil ligeledes blive beskrevet med udgangspunkt i GUSS kombineret med det kliniske skøn. I tillæg til GUSS kan yderligere dysfagiudredning ved en ergoterapeut foretages, hvis det vurderes relevant.

Hvis der efter udskrivelse fra hospital observeres symptomer på dysfagi screenes med Eating Assessment Tool-10, forkortet EAT-10. EAT-10 benyttes i samarbejde mellem kommuner og egen læge. EAT-10 kan ikke i sig selv danne grundlag for ændringer i kost og ernæring, men kan danne grundlag for yderligere udredning ved ergoterapeut.

Hvis egen læge opdager en patient med risiko for dysfagi, kan han rette henvendelse til kommunen mhp yderligere udredning for dysfagi.

### **Litteraturgennemgang**

Det er indenfor dysfagiområdet fravalgt at lave en systematisk søgning i 4 databaser. Der er i stedet lavet søgninger på dysfagitest og dysfagi screening samt på EAT-10. Et review fra 2014 omhandler de psykometriske egenskaber af spørgeskemaer til evaluering af dysfagi. I reviewet gøres brug af COSMIN tjekliste for spørgeskemaernes metodiske kvalitet. I reviewet konkluderes, at de inkluderede spørgeskemaer, herunder EAT-10, har lav metodisk kvalitet (4).

EAT-10 er oversat til dansk (bilag 5). Nærværende arbejdsgruppe vurderer, at oversættelsen har god face-validitet, men der er behov for yderligere evidensbaseret af EAT-10.

### **Arbejdsgruppens krav til testredskaber for dysfagi**

EAT-10 opfylder arbejdsgruppen krav om at være hurtig og simpel at udføre og ikke kræve specifikke fagkundskaber.

I Region Midtjyllands 19 kommuner er igangsat undervisning i dysfagi. I undervisningen nævnes EAT-10 som muligt opsporingsredskab der kan anvendes i kommunalt regi. Valget af EAT-10 følger således denne undervisning.

## **Resultater**

For at sikre og fastholde kvalitet i rehabiliteringsforløb for patienter og borgere med apopleksi er det nødvendigt at gennemføre en systematisk udredning. Nærværende arbejdsgruppe har med udgangspunkt i ICF undersøgt relevante testredskaber indenfor områderne kognition, gang og dysfagi. På baggrund af litteraturvurderinger samt arbejdsgruppens krav om testredskabernes anvendelighed anbefales, at man ved screening for kognition funktionsevnenedsættelse anvender MoCA. Ved test af gangfunktion anvendes som førstevalg 10 meter gang test og Timed Up and Go. Derudover kan suppleres med 6 min gang test.

Ved test af dysfagi anvendes GUSS under indlæggelse på hospital. Når patienten udskrives til kommunalt regi skal GUSS scoren være tilknyttet en faglig beskrivelse af dysfagiens sværhedsgrad (om det er let, moderat eller svær dysfagi) samt kostanbefalinger.

Hvis der efter udskrivelse fra hospital er symptomer på dysfagi udredes med EAT-10 i samarbejde mellem kommuner og egen læge.

De anvendte test angiver resultater på aktivitetsniveau, men det anbefales at formidling af resultaterne formidles på deltagelsesniveau til den enkelte.

