



DANSK APOPLEKSIREGISTER

Datadefinitioner

**Vejledning til første fysioterapeutiske
undersøgelse og vurdering
af patient med akut apopleksi**

Januar 2016

Dansk Apopleksiregister er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase, godkendt af Statens Serum Institut (SSI).

Postadresse:

Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik (Vest)

c/o Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Allé 15, DK-8200 Aarhus N

Telefon: (+45) 7841 3977

E-mail: Annette.Ingeman@stab.rm.dk

Web-adresse: www.kcks-vest.dk

INDLEDNING

Formålet med den første fysioterapeutiske undersøgelse og vurdering er at vurdere patientens genoptrænings-/rehabiliteringsbehov og potentiale med henblik på hurtig iværksættelse af relevant behandling.

I Dansk apopleksiregister indgår indikatorområdet "Vurdering ved en fysioterapeut" som indikatoren: *"Patienter med apopleksi bør hurtigst muligt (senest 2. indlæggelsesdøgn) vurderes af fysioterapeut med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for påbegyndelse af fysioterapi. Standard er 90% af patienterne".*

Denne vejledning indeholder de hovedområder, der forudsættes vurderet og dokumenteret i patientjournalen, for at indikatoren er opfyldt.

Overordnet er det den enkelte patients symptomer og almene tilstand, der er bestemmende for omfang og indhold af den første fysioterapeutiske undersøgelse og vurdering.

Det forudsættes, at oplysninger om helbredstilstand, lægelige undersøgelsesfund, m.m. indhentes via bl.a. patientjournalen, inden den fysioterapeutiske undersøgelse påbegyndes.

Er der hovedområder, som ikke er mulige/relevante at vurdere ved den 1. undersøgelse og vurdering, skal det dokumenteres i patientjournalen.

Vejledningen er skrevet med International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF) som referenceramme.¹

For at undgå dobbeltdokumentation kan i journalnotat henvises til andre notater fx den fysioterapeutiske dokumentation, ligeså er fælles dokumentation muligt.

Hovedområder der skal vurderes:

1. Tidligere funktionsevne inden for aktiviteter og deltagelse, omgivelsesfaktorer samt personlige faktorer: (oplysninger indhentes via patient, pårørende, kommunale samarbejdspartnere, patientjournal, mm.)^{1,2}

- Bevægelse og færden
- Omsorg for sig selv
- Netværk
- Boligforhold
- Hjælpemidler
- Hjælp i hjemmet

2. Aktiviteter og deltagelse

2.1 Bevægelse og færden^{2,3,4}

- Forflytte sig i og ud af seng
- Fastholde kroppsstilling siddende og stående
- Ændre kroppsstilling;
 - Siddende til stående/stående til siddende
 - Indtage hvile og siddestillinger
- Gang og færden
- Trappegang
- Bære, flytte og håndtere genstande

3. Kroppens funktioner og anatomi

3.1 Respiratoriske funktioner^{3,5,6}

- Respirations musklernes funktion; inspiration, eksspiration, hostekraft
- Sekret
- Muskernes funktion i ansigt, mund og svælg

3.2 Mentale funktioner^{2,3,7,8}

- Bevidsthedstilstand
- Orientering i tid, sted, egne data, situation
- Opmærksomhed, koncentration
- Opmærksomhed mod afficerede side visuelt og sensorisk
- Sprogfunktioner; sprogforståelse, sprogudtryksevne
- Praxis

3.3 Sanser og smerter^{2,3,7,8}

- Syn; synsfelt, dobbeltsyn, øjets muskulatur
- Svimmelhed
- Andre sansefunktioner:
 - Berøringssans
 - Stereognose
 - Dybdesensibilitet
 - Temperatursans
- Smerte, opfattelse af smerter

3.4 Bevægeapparat ^{1,5,6,7,8}

OE og UE, trunkus og columna cervicalis:

- Muskelstyrke
- Muskeltonus
- Muskulær udholdenhed

OE og UE:

- Viljesbestemte bevægelser, Koordination

4. Omgivelsesfaktorer ³

4.1 Behov for hjælpemidler

5. Konklusion

- Vurdering af genoptrænings-/rehabiliteringsbehov og potentiale ud fra undersøgelsens fund af ressourcer og begrænsninger i forhold til:
 - funktionsevne indenfor aktiviteter og deltagelse
 - kroppens funktioner og anatomi
 - personlige faktorer; mestringssevne, personlige ressourcer, andre sygdomme
 - patientens præferencer
- Stillingtagen til fremtidig genoptræning/rehabilitering.

6. Mål og plan for videre genoptræning/rehabilitering

6.1 Mål

Opsætning af mål sammen med patient og/eller pårørende, evt. sundhedsfaglige mål, hvis pt. ikke er i stand til at deltage aktivt i målsætningen.^{9, 10}

6.2 Plan

Beskrivelse af omfang og type af rehabilitering, samt tidspunkt for påbegyndelse af fysioterapi.^{9, 10}

6.3 Skriftlig materiale

.Beskrivelse af evt. udleveret relevant skriftlig information, instruktion og/eller vejledning.

7. Samtykke til genoptræning/rehabilitering

Referencer

1. Schiøler G, Dahl T. International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand. Munksgaard Danmark 2003.
2. Wæhrens E, Winkel A, Gyiring J. Neurologi og Neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter, Munksgaard. 2. udgave. 2013.
3. Shumway-Cook A, Woolacott A. Motor Control. Theory and Practical Applications. Baltimore: Williams & Wilkins, 2006.
4. Carr JH, Shepherd RB. Stroke Rehabilitation. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2005.
5. Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg – undersøgelse og behandling efter Coombes-konceptet. København: FADL, 2005.
6. Hough A. Physiotherapy in Respiratory Care. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd., 2001.
7. Gade A. Hjerneprocesser, kognition og neurovidenskab. København: Frydenlund Grafisk, 1997.
8. Paulson OB, Gjerris F, Sørensen P, Juhler M. Klinisk Neurologi og Neurokirurgi. Århus: FADL, 6. udgave. 2015.
9. Dansk Selskab for Apopleksi, Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi, København: 2012
10. Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering, København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, 2011, Serienavn 2011; 13(1)

Vejledningen er udarbejdet af:

Specialeansvarlig fysioterapeut Anne Junker Alsted og udviklingsfysioterapeut Christina Andersen, M.Sc. i samarbejde med NIP-sekretariatet oktober 2009.

Revideret af udviklingsfysioterapeut, Ulla Milther Sørensen, MR., specialeansvarlig fysioterapeut Maria Jeppesen og udviklingsergoterapeut Peter Vögele i samarbejde med KCKS-vest (DAP-sekretariatet) januar 2016.