



Hjerneslag - pasientforløp, fysioterapi - kartlegging og behandling av pasienter med hjerneslag og skyveadferd i akutfasen

D36774

Utgave:
4.00Gjelder fra:
20.12.2021

Side 1 av 3

Hensikt og omfang

Formålet med prosedyren er at pasienter med hjerneslag og skyveadferd i akutfasen (1) får individuelt tilpasset kartlegging og – behandling av fysioterapeut.

Ansvar/målgruppe

Fysioterapeuter.

Prosedyren kan være til veiledning for andre faggrupper i det tverrfaglige samarbeidet om pasienter med hjerneslag og skyveadferd.

Handling

Kjennetegn

Pasientene har en forstyrret midtlinjeoppfatning (2, 3). Pasientene skyver seg mot den mest affiserte siden ved å abdukere og ekstendere minst affisert arm og bein, og motsetter seg forsøk på passiv oppretting (2, 4). Noen av pasientene evner å rette seg opp ved hjelp av synet (5). Neglekt er ofte til stede hos disse pasientene. Det kan føre til mer uttalt skyveadferd og har betydning for behandling (6, 7). Erfaring viser at dette også gjelder ved rom- og retningsvansker (8, 9).

Bakgrunn

Skyveadferd kan oppstå hos ca 10 % av pasienter med hjerneslag, uavhengig av hvilken hemisfære som er skadet (10). Thalamus er ofte affisert (4) og dette påvirker det nevralt nettverket som styrer kroppens evne til oppreist stilling i forhold til tyngdekraften (11). Skyveadferd er mest uttalt i akutfasen og forsvinner deretter hos noen pasienter (2). Skyveadferd påvirker gange og balanse i stor grad, og bør derfor vurderes og behandles (12). Hjerneslagpasienter med vedvarende skyveadferd har i snitt behov for 3,6 uker lengre rehabiliteringstid enn de uten slik adferd (10).

Kartlegging

Kartlegging skal utføres etter prosedyre for hjerneslagpasienter se [Hjerneslag - Pasientforløp, fysioterapi - Hjerneslag og TIA](#). I tillegg kan "[Bedömningsinstrument för "pushing"](#)" (the Modified Scale for Contraversive Pushing) brukes (13, 14).

Aktuelle behandlingstilnæringer kan være

- Som ved annen nevrologisk rehabilitering, må behandlingen tilpasses individuelt til den enkelte pasients utfordringer (11).
- Pasientene bør leires som slagpasienter generelt. Erfaringsmessig har pasienten god effekt av sideleie på affisert side og god putestøtte rundt flanker og sete i ryggliggende ved uttalt skyveadferd (15).
- Pasienten bør ligge, sitte og stå med god understøttelsesflate (8). Erfaring og forskning viser at skyveadferden reduseres når det skapes trygghet rundt

Utgave: 4.00	Hjerneslag - pasientforløp, fysioterapi - kartlegging og behandling av pasienter med hjerneslag og skyveadferd i akuttfasen	D36774 Side 2 av 3
-----------------	--	-----------------------

pasienten, ved for eksempel å gjøre det fysiske rommet mindre, nært og konkret («bokse inn») i rolige omgivelser (9, 15).

- Erfaring tilsier at pasienten forut for sittende på sengekant bør dempe eventuell overaktivitet i minst affisert side ved å gjøre aktive, dynamiske øvelser i liggende stilling (16).
- Unngå skyveadferd hos pasienten. Stopp aktiviteten og trygg pasienten ytterligere i alle situasjoner (16, 17). Statisk tilnærming kan øke skyveadferd, mens en dynamisk tilnærming kan dempe den (9). Oppmuntre pasienten til å kjenne referansepunkter med sin minst affiserte side i sittende, stående og under gange. Bruk for eksempel en benk, vegg eller terapeut (2, 3, 16).
- Unngå å skyve pasienten tilbake til pasientens midtstilling da dette kan øke skyveadferden (8, 16, 17).
- Ved forflytning fra liggende til sittende, via sideleie, anbefales forflytning over mest affisert side. Erfaring kan tilsi at de pasientene med mest utpreget skyveadferd bør forflyttes over minst affisert side (16).
- Begynn med lav/sittende forflytning og erfaringsmessig bør den skje mot minst affisert side. Utfør høy forflytning så snart dette er trygt. Vær minimum to personer for å trygge forflytningen. Hvis manuell forflytning øker skyveadferden og gir risiko for skade på pasient eller personalet, skal passiv personløfter brukes ved mobilisering (16).
- Bruk oppgaveorientert trening (1, 16, 18). Stimulær til optimalt naturlig bevegelsesmønster under aktiviteten. La pasienten erfare at det er trygt å føre tyngden over mot minst affisert side. Her kan øvelser som fører til at pasienten lener og strekker seg etter gjenstander foran seg og på minst affisert side fungere godt (16, 18). Trappegange kan mestres selv om pasienten ikke har selvstendig stå- eller gangfunksjon (2, 16). Minimum to hjelpere og manuell støtte anbefales (15).
- Oppfordre pasienten til å rette seg opp etter visuelle vertikaler i omgivelsene, slik som speil, tape på veggen, søyler (16, 20, 21).
- Gi konkret verbal tilbakemelding til pasienten om hans/hennes stilling og bruk kort, presis og målrettet instruksjon underveis i treningen (9, 16, 22).
- Erfaring viser at hjelpemidler som korsett og ortoser for avstiving av kne med fordel kan brukes under treningen (15).

Referanser

[SI/17.08-03](#)

[SI/17.29-29](#)

[Hjerneslag - Pasientforløp, fysioterapi - Hjerneslag og TIA](#)

[Kartleggingssverktøy for Pushersyndromet](#)

[Fysioterapi - Bedömningsinstrument för "pushing"](#)

Litteraturliste

1. Indredavik B, Salvesen R, Næss H, Thorsvik D. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering

Utgave: 4.00	Hjerneslag - pasientforløp, fysioterapi - kartlegging og behandling av pasienter med hjerneslag og skyveadferd i akuttfasen	D36774 Side 3 av 3
-----------------	--	-----------------------

- ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet; 12/2017.
2. Davies PM. 14. Ude af balance (pusher syndromet). I: Skridt for skridt (1988) FADL's forlag.
 3. Gjeldsvik BEB. 2. Physiotherapy. I: The Bobath Concept in Adult Neurology. Georg Thieme Verlag 2008
 4. Karnath [HO](#), Broetz D. Understanding and Treating "Pusher Syndrome". Physical Therapy. 2003 Des;83(12):1119-1125. Hentet 07.12.16
 5. Karnath HO, Ferber S, Dichgans J. The origin of contraversive pushing. Neurology 2000a;55: 1298-1304. Hentet 07.12.16
 6. [Lafosse C](#), [Kerckhofs E](#), [Troch M](#), [Vereeck L](#), [Van Hoydonck G](#), [Moeremans M](#), [Broeckx J](#), [Vandenbussche E](#). Contraversive Pushing and Inattention of the Contralesional Hemisphere. [J Clin Exp Neuropsychol](#). 2005 May;27(4):460-84. Hentet 07.12.16
 7. Premoselli S, Cesana L, Cerri C. Pusher syndrome in stroke: clinical neuropsychological and neurophysiological investigation. Europa Medicophysica; 2001 Sep; 37; (3): 143-151. Hentet 07.12.16
 8. Punt TD, Riddoch MJ. Towards a theoretical understanding of pushing behaviour in stroke patients. Neuropsychological Rehabilitation 2002 12(5):455-472. Hentet 07.12.16
 9. Løkke M. Kropp og rom. En tilnærming til slagpasienter med skyveproblem. Hovedfagsoppgave. Avd. for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin – det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø – 2004.
 10. Pedersen PM, Wandel A, Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Ipsilateral pushing in stroke: incidence, relation to neurophysiological symptoms and impact on rehabilitation. The Copenhagen study. [Arch Phys Med Rehabil](#). 1996 Jan;77(1):25-8. Hentet 07.12.16
 11. Santos-Pontelli TEG, Pontes-Neto OM, Leite JP (2011). New Insights for a Better Understanding of the Pusher Behavior. From Clinical to Neuroimaging Features, Neuroimaging for Clinicians - Combining Research and Practice, Dr. Julio F. P. Peres (Ed.), InTech, DOI: 10.5772/25082. Hentet 30.01.17
 12. Dai S, Piscicelli C, Clarac E, Baciú M, Hommel M, Pérennou D. Balance, Lateropulsion, and Gait Disorders in Subacute Stroke. Neurology 2021; 96:e 2147-e2159. DOI:10.1212/WNL.0000000000011152. Hentet 1.11.21.
 13. Lagerqvist J, Skargren E. Pusher syndrome: Reliability, validity and sensitivity to change of a classification instrument. Adv Physiother. 2006 8;4:154-60. Hentet 07.12.16
 14. Babyar SR, Peterson MGE, Pérennou D, Reding M. Clinical examination tools for lateropulsion or pusher syndrome following stroke: a systematic review of the literature. Clin Rehabil. 2009 23: 639-650. Hentet 07.12.16
 15. Erfaringsbasert kunnskap fra høring
 16. Erfaringsbasert kunnskap fra fagmiljøet i Sykehuset Innlandet
 17. Shepherd RB, Carr J. Response to Discussion Paper. New aspects for the physiotherapy of pushing behavior. Neural rehabilitation 2005 20;343-345. Hentet 07.12.16
 18. Carr J og Shepherd RB. (1998). Neurological rehabilitation: Optimizing motor performance. Oxford: Butterworth Heinemann
 19. Pardo V, Galen S. Treatment interventions for pusher syndrome: A case series. Neuro Rehabilitation 44 (2019) 131-140 DOI: 10.3233/NRE-182549 IOS Press. Hentet: 1.11.21.
 20. Broetz D, Johansen L, Karnat HO, Time course of "pusher syndrome" under visual feedback treatment. Physiotherapy Research International 2004 9(3):138-143. Hentet 07.12.16
 21. Luque-Moreno C, Jiménez-Blanco A, Cano-Bravo F, Paniagua-Morobel M, Zambrano-García E, Moral-Munoz JA. Effectiveness of visual feedback and postural treatment of post-stroke pusher syndrome. A systematic review. (English ed.) Rev Cient Sos Esp Enferm Neurol 53 (2021) 16-24. Hentet: 1.11.21.
 22. Paci M, Nannetti L, Short communication: Physiotherapy for pusher behaviour in a patient with post-stroke hemiplegia. J Rehabil Med 2004;36:183-185. Hentet 24.01.17