

Rehabilitationsdauer und Erholung nach Schlaganfall

Schlaganfall ist eine der häufigsten Ursachen für Behinderung, die durch Rehabilitation verringert werden kann. Welche Rolle genau die Dauer und Häufigkeit der Reha-Massnahmen oder die Zeitspanne der Durchführung, respektive der genaue Rehabilitätsplan spielen, bewertete dieser Review.

Text: Simon Haug

Jedes Jahr sind Millionen von Menschen von einem Schlaganfall betroffen. Er ist eine der häufigsten Ursachen für Behinderungen und verursacht erhebliche finanzielle Kosten sowie eine Beeinträchtigung der Lebensqualität. Die Rehabilitation nach einem Schlaganfall zielt darauf ab, Behinderungen zu verringern, indem Beeinträchtigungen reduziert, und Aktivitäten oder Teilhabe erleichtert werden. Ein Aspekt der Schlaganfallrehabilitation, der sich auf die Endpunkte auswirken kann, ist die Rehabilitationsdauer, einschliesslich der zur Verfügung gestellten Minuten, der Häufigkeit (Anzahl Rehabilitations-tage pro Woche) und der Dauer (Zeit-

spanne, in der die Rehabilitation durchgeführt wird). Die Wirkung der Rehabilitationsdauer nach einem Schlaganfall wurde in der Literatur ausführlich untersucht, die Ergebnisse sind jedoch uneinheitlich. Frühere systematische Übersichtsarbeiten mit Metaanalysen haben Studien einbezogen, die sich nicht nur in der Menge der Leistungen, sondern auch in der Art der Rehabilitation unterscheiden.

Zielsetzungen

Bewertung des Effekts von 1) mehr Zeit, die in derselben Art von Rehabilitation verbracht wird, auf die Aktivitätswerte bei Menschen mit Schlaganfall; 2) Un-

terschieden in der gesamten Rehabilitationsdauer (in Minuten) auf die Wiederherstellung der Aktivität bei Menschen mit Schlaganfall; und 3) Rehabilitationsplan auf die Aktivität in Bezug auf: a. durchschnittliche Zeit (Minuten) pro Woche in der Rehabilitation, b. Häufigkeit (Anzahl der Sitzungen pro Woche) der Rehabilitation, und c. Gesamtdauer der Rehabilitation.

Suchstrategie

Wir durchsuchten das Studienregister der Cochrane Stroke Group, CENTRAL, MEDLINE, Embase, acht weitere Datenbanken und fünf Studienregister bis Juni 2021. Wir durchsuchten die Referenzlisten der identifizierten Studien, nahmen Kontakt zu den Hauptautor:innen auf und führten eine Referenzsuche im Web of Science Cited Reference Search durch.

Auswahlkriterien

Wir schlossen randomisierte kontrollierte Studien (RCT) von Erwachsenen mit Schlaganfall ein, in denen die Dauer der Rehabilitationsmassnahmen (jede nicht-pharmakologische, nicht-chirurgische Intervention zur Verbesserung der Aktivität nach einem Schlaganfall) verglichen wurde, die grösser als Null war. Die Studien unterschieden sich lediglich in der Dauer der Rehabilitationsmassnahmen zwischen Interventions- und Kontrollbedingungen. Primärer Endpunkt waren die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL); sekundäre Endpunkte waren Aktivitätsmessungen der oberen und unteren Gliedmassen, Messungen der motorischen Beeinträchtigung der oberen und unteren Gliedmassen sowie schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (SUE)/Tod.



Die Rehabilitation nach einem Schlaganfall erleichtert die Reduktion von Beeinträchtigungen und die Erleichterung von Aktivitäten oder Teilhabe.

Datensammlung und -analyse

Zwei Autoren überprüften unabhängig voneinander die Studien, extrahierten die Daten, bewerteten die methodische Qualität mit dem Cochrane RoB 2 Tool und bewerteten die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz mit GRADE. Für kontinuierliche Outcomes mit unterschiedlichen Skalen berechneten wir gepoolte standardisierte Mittelwertdifferenzen (SMD) und 95% Konfidenzintervalle (KI). Wir haben dichotome Ergebnisse als Risikoverhältnisse (RR) mit 95% KI ausgewiesen.

Hauptergebnisse

Die quantitative Synthese dieser Überprüfung umfasste 21 parallele RCTs, bei denen die Daten von 1412 Teilnehmern analysiert wurden.

Die Rehabilitationsdauer variiert zwischen den Studien. Pro Woche standen zwischen 90 und 1288 Minuten zur Verfügung. Die Reha-Tage pro Woche betragen drei bis sieben. Die Rehabilitationsdauer betrug zwei Wochen bis sechs Monate. Dreizehn Studien befassten sich mit der Rehabilitation der oberen Gliedmassen, fünf mit allgemeiner Rehabilitation, zwei mit Mobilisationstraining und eine mit Training der unteren Gliedmassen. Sechzehn Studien untersuchten Teilnehmer in den ersten sechs Monaten nach dem Schlaganfall; die übrigen fünf Studien schlossen Teilnehmer sechs Monate oder länger nach dem Schlaganfall ein. Der Vergleich der Schwere des Schlaganfalls oder des Grads der Beeinträchtigung war aufgrund von Unterschieden in den Messungen nur begrenzt möglich.

Die Bewertung des Risiko für Bias legt nahe, dass es Probleme mit der methodischen Qualität der eingeschlossenen ab. Es gab 76 Bewertungen des Risiko für Bias auf Ergebnisebene: 15 niedriges Risiko, 37 gewisse Bedenken und 24 hohes Risiko.

Beim Vergleich von Gruppen, die unmittelbar nach der Intervention mehr bzw. weniger Zeit in der Rehabilitation verbrachten, fanden wir keinen Unterschied in der Rehabilitation für ATL-Ergebnisse (SMD 0,13, 95% KI -0,02 bis 0,28; P = 0,09; I² = 7%; 14 Studien, 864 Teilnehmer; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz), Aktivitätsmessungen der oberen Gliedmassen (SMD 0,09, 95% KI -0,11 bis 0,29; P = 0,36; I² = 0%; 12 Studien, 426 Teilnehmer; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz), und Aktivitätsmasse der unteren Gliedmassen (SMD 0,25, 95% KI -0,03 bis 0,53; P = 0,08; I² = 48%;

5 Studien, 425 Teilnehmer; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Wir fanden einen Effekt zugunsten einer längeren Rehabilitationsdauer für motorische Beeinträchtigungen der oberen Gliedmassen (SMD 0,32, 95% KI 0,06 bis 0,58; P = 0,01; I² = 10%; 9 Studien, 287 Teilnehmer; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) und der unteren Gliedmassen (SMD 0,71, 95% KI 0,15 bis 1,28; P = 0,01; 1 Studie, 51 Teilnehmer; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Es gab keine interventionsbedingten schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse. Ein längerer Rehabilitationsaufenthalt wirkte sich nicht auf das Risiko von SUE/Tod aus (RR 1,20, 95% KI 0,51 bis 2,85; P = 0,68; I² = 0%; 2 Studien, 379 Teilnehmer; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz), aber nur wenige Studien haben diese Ergebnisse gemessen.

Vordefinierte Subgruppenanalysen, in denen Studien mit einem grösseren Unterschied in der Gesamtzeit für die Rehabilitation zwischen den Interventionsgruppen mit Studien mit einem geringeren Unterschied verglichen wurden, ergaben grössere Verbesserungen für Studien mit einem größeren Unterschied. Dies war statistisch signifikant für ATL-Ergebnisse (P = 0,02) und Aktivitätsmessungen der oberen Gliedmassen (P = 0,04), aber nicht für Aktivitätsmessungen der unteren Gliedmassen (P = 0,41) oder Messungen der motorischen Beeinträchtigung der oberen Gliedmassen (P = 0,06).

Schlussfolgerungen der Autoren

Eine längere Verweildauer in der gleichen Art von Rehabilitation nach einem Schlaganfall führt zu geringen bis keinen Unterschieden bei sinnvollen Aktivitäten wie den Aktivitäten des täglichen Lebens und den Aktivitäten der oberen und unteren Gliedmassen, aber zu einem geringen Nutzen bei der Messung der motorischen Beeinträchtigung (geringe bis sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit für alle Ergebnisse). Wenn die Verlängerung der Rehabilitationsdauer einen bestimmten Schwellenwert überschreitet, kann dies zu besseren Ergebnissen führen. Derzeit gibt es keine ausreichenden Beweise, um in der klinischen Praxis eine nützliche tägliche Mindestmenge zu empfehlen. Die Ergebnisse dieser Studie werden dadurch eingeschränkt, dass es keine Studien gibt, die einen signifikanten Unterschied im Umfang der zusätzlichen Rehabilitationsmassnahmen zwischen Kontroll- und Interventionsgruppen aufweisen.

Wissen was wirkt

Der «Cochrane Pflege Corner» ist eine Rubrik der Plattform FIT-Nursing Care. Die Beiträge zeigen den aktuellen Stand der Forschung in Form von Übersetzungen von Abstracts von Cochrane Reviews auf. Dabei werden unterschiedliche pflegerische Themen aufgegriffen. Ziel ist es, den Pflegefachpersonen Forschungsergebnisse schneller und direkter zur Verfügung zu stellen. Die Serie versteht sich auch als Ergänzung zur vom SBK mitinitiierten forschungs- und IT-gestützten Internetplattform FIT-Nursing Care, die internationale Forschungsergebnisse für Pflegefachpersonen in deutscher Sprache praxisnah darstellt.

www.fit-care.ch, www.cochrane.de

Grosse, gut konzipierte, qualitativ hochwertige RCTs, die den Zeitaufwand für alle Rehabilitationsmassnahmen (nicht nur für die Intervention) messen und einen grossen Kontrast (mindestens 1000 Minuten) im Umfang der Rehabilitationsmassnahmen zwischen den Gruppen aufweisen, würden weitere Belege für die Wirkung der in der Rehabilitation verbrachten Zeit liefern.

Original Cochrane Review:

Clark B, Whittall J, Kwakkel G, Mehrholz J, Ewings S, BurrIDGE J. The effect of time spent in rehabilitation on activity limitation and impairment after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 10. Art. No.: CD012612. DOI: 10.1002/14651858.CD012612.pub2. Accessed 23 January 2023.

Diese Cochrane-Abstract-Übersetzung wurde im Rahmen der FIT-Nursing Care Webseite (Nationales Kompetenzzentrum für Evidenzbasierte Pflege - swissEBN) in Zusammenarbeit mit Cochrane Deutschland erstellt.

Autor

Simon Haug MSc, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW, St. Gallen, simon.haug@ost.ch