

## Summary of findings (SoF) tabell

Resultat-tabell som viser kvaliteten på dokumentasjonen på tvers av utfallsmål

**PICO-spørsmål 3.2:** Hos slagpasienter med pareser, fører motorisk trening med høy intensitet for å bedre arm-/gangfunksjon eller balanse – i tidlig eller sen fase (> 3 mnd) til bedret funksjon enn trening med lav intensitet?

### Kilder:

Utfall 1: Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, van der Wees PJ, Hendriks E, Rietberg M, et al. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 2014;9(2): e87987.

Utfall 2: Lohse KR, Lang CE, Boyd LA. Is more better? Using metadata to explore dose-response relationships in stroke rehabilitation. *Stroke* 2014;45(7):2053-8.

Utfall 3,4,5: Cooke EV, Mares K, Clark A, Tallis RC, Pomeroy VM. The effects of increased dose of exercise-based therapies to enhance motor recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2010;8:60

Utfall	Relativ effekt (Konfidensintervall, KI) [deltakere, studier, oppfølging]	Forventet absolutt forskjell		Tiltro til estimatene
		[kontroll]	[intervensjon]	
1. Basic ADL <sup>1</sup>	Basert på data fra 3064 deltakere i 36 RCT-studier. Oppfølging er ukjent.	Forskjell i risiko med intervensjon:	<b>SMD<sup>2</sup> 0.217 høyere</b> (KI 0.094 – 0.339)	<b>Lav</b> Høy heterogenitet og redusert overførbarhet  ⊕⊕○○
2. Forbedret funksjon eller redusert svekkelse av funksjon	Basert på data fra 2236 deltakere i 34 RCT-studier. Oppfølging er ukjent.	Forskjell i risiko med intervensjon:	<b>SMD 0.35 høyere</b> (KI 0.26 – 0.45)	<b>Lav</b> Risiko for systematiske feil, redusert overførbarhet

			⊕⊕○○
<b>3. Armfunksjon<sup>4</sup> etter studieslutt</b>	Baser på data fra 258 deltakere i 3 RCT-studier. Oppfølging: 5-20 uker.	Forskjell i risiko med intervensjon:	<b>MD<sup>5</sup> 0.1</b> (KI -5.7, 6.00)  <b>Moderat</b>  Upresist effektestimert  ⊕⊕⊕○
<b>4. Armfunksjon etter oppfølging</b>	Baser på data fra 319 deltakere i 3 RCT-studier. Oppfølging: 6mnd.	Forskjell i risiko med intervensjon:	<b>MD -6.4</b> (KI -12.8, 0.0)  <b>Lav</b> Risiko for systematiske feil, redusert overførbarhet  ⊕⊕○○
<b>5. Styrke i armen ved studieslutt<sup>6</sup></b>	Baser på data fra 195 deltakere i 2 RCT-studier. Oppfølging: 5-6 uker.	Forskjell i risiko med intervensjon:	<b>MD -10.1</b> (KI -19. -1.2)  <b>Lav</b> Liten informasjonsstørrelse, upresist effektestimert  ⊕⊕○○
<b>6. Ganghastighet ved studieslutt<sup>7</sup></b>	Baser på data fra 123 deltakere i 2 RCT-studier. Oppfølging: 6-20 uker.	Forskjell i risiko med intervensjon:	<b>MD 0.3</b> (KI 0.1. 0.5)  <b>Lav</b> Meget liten informasjonsstørrelse  ⊕⊕○○
<b>7. Ganghastighet ved oppfølging</b>	Baser på data fra 195 deltakere i 2 RCT-studier. Oppfølging: 18-26 uker.	Forskjell i risiko med intervensjon:	<b>MD 0.2</b> (KI - 0.1.- 0.4)  <b>Lav</b> Meget liten informasjonsstørrelse  ⊕⊕○○

<sup>1</sup>Basic ADL (activities of daily living) referer til evnen til å utføre grunnleggende aktiviteter som omhandler mobilitet og evnen til å ta vare på seg selv. Bedre er indikert ved høyere skår.

<sup>2</sup>Gjennomsnittlig forskjell mellom gruppene.

<sup>4</sup> Målt ved ARAT (Action Research Arm Test).

<sup>5</sup> Vektet gjennomsnittlig forskjell (se Cochrane: [http://handbook.cochrane.org/index.htm#chapter\\_9/9\\_2\\_3\\_2\\_the\\_standardized\\_mean\\_difference.htm](http://handbook.cochrane.org/index.htm#chapter_9/9_2_3_2_the_standardized_mean_difference.htm))

<sup>6</sup> Målt ved håndstyrke/kraft.

<sup>7</sup> Målt ved *comfort walk speed*.