

Beslutsstöd för rehabilitering på primärvårdsnivå efter covid-19

Version 1.3 2020-06-08

Sammanställt av:

Madelene Bjärne Berlin

Cecilia Boustedt

Emma Johannesson

Sofia Johansson

Ann-Charlotte Lindström

Patrik Numanovic

Daniel Axelsson

Erfarenheten och kunskapen om covid-19-viruset utvecklas hela tiden. Då osäkerheten är stor i detta skede behöver vi inom hälso- och sjukvården ständigt vara beredda på att ompröva det vi lärt oss. Detta dokument kommer att uppdateras kontinuerligt då ny kunskap inom området kommer fram. Det är därför viktigt att inte ladda ned dokumentet utan att söka informationen på hemsidan direkt.

Ta också gärna del av Socialstyrelsens praktiska kunskapsstöd till vård- och omsorgspersonal i regioner och kommuner. Länk: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/rehabilitering-primarvard-covid19.pdf>

Mer information finns också på Karolinska Institutets nationella plattform om covid-19. Länk: <https://ki.instructure.com/courses/4193>

Bakgrund

I slutet av 2019 bekräftades ett nytt coronavirus som kan smitta människor i staden Wuhan i Kina (1). WHO klassade spridningen av covid-19 som en pandemi den 11:e mars 2020 (2). De vanligaste symtomen på covid-19 är torrhosta, feber, andningsbesvär och lunginflammation. Även symtom som huvudvärk, smak- och luktförändringar, snuva, nästäppa, halsont, illamående samt muskel- och ledvärk kan förekomma. Allvarlig sjukdom har framförallt drabbat äldre och personer med bakomliggande sjukdomar (1, 3).

Ett allvarligt tillstånd som drabbat många patienter med covid-19 är ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) (3, 4). ARDS är en form av akut svår lungsvikt som kan ha

Närhälsan

många olika orsaker, exempelvis lunginflammation eller blodförgiftning. Tillståndet innebär att lungornas funktion kollapsar och beroende på allvarlighetsgraden av ARDS behandlas patienterna med syrgas eller annan andningshjälp såsom respirator (5). Virusnet tar sig ner till nedre luftvägarna och alveolerna. Gasutbytet i alveolerna försämras och vätska kan passera in. Lungorna får svårt att expandera (fylla med luft). Immunförsvaret i lungorna reagerar vilket i sin tur startar inflammatoriska processer. Både vätskan och kroppens försök att reparera skadan försvårar syresättningen. För att optimera ventilation/perfusion (få blodet till den del av lungan som fortfarande fungerar) läggs patienterna oftast i bukläge vid intensivvård.

Att också drabbas av lungemboli tycks vara vanligt förekommande under vårdtiden på sjukhus. Det kan då yttra sig i form av dyspné och huggande smärta vid andetag.

Patienter som vårdas på IVA riskerar att utveckla så kallad ”post intensive care syndrome” (PICS) vilket innebär nya eller förvärrade nedsättningar i fysiskt (”ICU-acquired neuromuscular weakness”), kognitivt (tänkande och omdöme) eller mental hälsostatus som varar bortom utskrivning från akutsjukvård (6).

IVA-förvärvad neuromuskulär svaghet innebär att patienter som vårdats på IVA kan drabbas av muskelsvaghet som ofta är generell, symmetrisk och påverkar såväl extremitets- som respiratoriska muskler. Muskelsvagheten kan bero på neurogena störningar (critical illness polyneuropati), muskulära störningar (critical illness myopati) eller en kombination av dessa (critical illness neuromyopati) (7, 8).

Personer som drabbats av covid-19-infektion har multiorganpåverkan och kommer med 30 - 80% säkerhet att behöva rehabiliteringsinsatser (9). Personernas förmåga att klara sin personliga vård, dagliga aktiviteter och arbete kan bli påverkat. Förutom alla de fysiologiska skadorna som uppkommer av en långvarig sjukdom, finns även de psykologiska trauman beskrivet med posttraumatiskt stressyndrom (10), oro och depression samt kognitiva nedsättningar som minne och visuo-spatiala svårigheter (9).

Personal som arbetat med patienter med covid-19 på intensivvårdsavdelning vittnar om att många patienter har en mycket uttalad fatigue (extrem trötthet) i efterförloppet. De har små marginaler både fysiskt och respiratoriskt. Även patienter som vårdats på vanliga vårdavdelningar eller vistats i hemmet under sjukdomstiden har visat tecken på uttalad fatigue. Det finns teorier om att vissa patienter kan få en kvarstående påverkan på lungorna även efter tillfrisknande från covid-19 och i vissa fall utveckla lungfibros. Var därför uppmärksam på detta i eftervården och vid behov skicka vidare för utredning.

Kvarstående symtom och eventuellt komplexa symtom leder till att patienterna kommer att behöva rehabilitering och samverkan mellan professionerna runt patienten (11). Eftersom sjukdomens allvarlighetsgrad varierar mycket behöver alla professioner inom primärvården vara beredda på att möta patienter, både i hemmet och på mottagning.

Närhälsan

Inför besöket

- Kontrollera om det framgår av remissen om patienten har pågående smitta eller betraktas som frisk från covid-19. Kontakta annars remittenten för klargörande.
- Om patienten sökt själv; ring patienten och kontrollera tid för insjuknande och hur länge patienten varit symptomfri.

Anamnes

- Uppgifter på Post-COVID-19 Functional status (PCFS) från utskrivningstillfället?
- Förväntningar på rehabiliteringen.
- Aktivitet- och fysisk aktivitetsnivå innan virusinfektionen, som med fördel kan kopplas till målsättning.
- Rökning innan virusinfektionen.
- Symtom efter covid-19
 - o Nuläge på aktivitetsnivå, dagliga aktiviteter (äta, duscha, handla, städa osv) ev. göra nytt status (PCFS).
 - o Fatigue (mental/fysisk), behov av vila och hur mycket?
 - o Viktnedgång (även efter utskrivning)? Orsak?
 - o Andningssvårigheter?
 - o Hosta?

Gör en individuell rehabplan tillsammans med patienten.

Målsättningen är att varje person ska erbjudas återkommande bedömning av rehabbehov som dokumenteras i en rehabplan och justeras i takt med personens kliniska förlopp, egna målsättningar och prioriteringar (12).

Viktigt i den tidiga rehabiliteringen

Var uppmärksam på patientens mående under alla åtgärder som utförs, då tillståndet snabbt kan förändras till det sämre. Använd saturationsmätare vid mobilisering och i aktiviteter! Som tumregel bör inte syresättningen falla under 90% och om den gör det kan fler pauser behövas. Nivån kan behöva anpassas till individuella förutsättningar. Rådfråga läkare om du är osäker!

Närhälsan

Samverkan med andra yrkesprofessioner

- För patienter som vårdats på sjukhus kan screening för depression och post-traumatisk stress (PTSD) vara av värde. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) kan användas för att screena depression. Vid misstänkt PTSD bör uppmärksamhet läggas på symtom såsom ångest, nedstämdhet, flashbacks, mardrömmar och minnesförlust. Andra symtom såsom delirium, insomni, panikattacker och känsla av övergivenhet kan förekomma efter en IVA-vistelse. Det kan delvis förklaras av svår sjukdom, störd dygnsrytm samt läkemedel. Det bidrar till en ökad förvirring och det är vanligt förekommande att vakna/halvvakna patienter hallucinerar. Förvirringen går över men ”konstiga upplevelser”/minnen kan kvarstå. Vid behov hänvisa patienten till vårdcentral eller psykiatrisk mottagning (*psykolog/läkare*).
- Normal syresättning ligger runt 97 - 99%. Om patienten har andningspåverkan och syresättningen sjunker påtagligt under aktivitet bör kontakt med läkare tas. Efter dialog med läkare kan en individuell acceptabel lägsta syresättningsnivå vid aktivitet bli aktuellt (*läkare*).
- Många går ner mycket i vikt (ingen matlust, diarréer). Nutritionstänk viktigt för att få en återhämtning och kunna tillgodogöra sig rehabiliteringen (*dietist*).
- Sväljproblematik efter intubering (*logoped*).
- Observera om det finns risk för eller redan förekommer trycksår (*sjuksköterska i hemsjukvården*).
- Sjukskrivning och återgång i arbete (*rehabkoordinator*).
- Försäkringar, sjukskrivningsfrågor, samtalsstöd (*kurator*).
- Vid behov kalla till SIP-möte.

Diagnoskoder

- **U071 Covid-19, virus påvisat** Koden används när covid-19 har bekräftats genom laborietester, oavsett hur allvar-liga de kliniska tecknen eller symtomen är.
- Tilläggs-kod kan användas för att identifiera eventuell lunginflammation eller andra symtom. **U072 Covid-19, virus ej påvisat**. Koden används när covid-19 diagnostiseras kliniskt/epidemiologiskt men laborietester är inte tillförlitliga eller tillgängliga.
- Tilläggs-kod kan användas för att identifiera ev. lunginflammation eller andra symtom.

KVÅ-koder

- **ZV100 Åtgärd relaterad till covid-19**
Koden används som tilläggs-kod till annan utförd åtgärd för de patienter med **diagnoskod U071 Covid-19, virus påvisat** samt **U072 Covid-19, virus ej påvisat** och används vid samtliga besök på/av rehabmottagningen.

För mer info följ länk:

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/ba4b62db-bdc2-4df6-a117-83cefc9f8c4c/kodning-av-covid-19-2-0.pdf?a=false&guest=true>

Närhälsan

Fysioterapeutiska interventioner

Mätmetoder (anpassas efter patientens behov)

Sjukdomsspecifikt

- Post-COVID-19 Functional status (PCFS)

Andningsstatus

- Notera andningsfrekvens; normalvärde 12 - 16 andetag per minut i vila. Vid mer än 20 andetag per minut i vila är andningen påverkad. Vid mer än 25 andetag per minut har patienten takypné, vilket skall överrapporteras till vårdcentral.
- Notera rosslig andning och obstruktivitet.
- Andningsmönster; högkostalandning, bukandning, accessorisk andningsmuskulatur. Vid generell muskelsvaghet påverkas även inandningsmuskulatur.
- Om det finns slem, kolla host- och huffkraft; svag/god, får patienten upp slem?
- Undersök saturation i vila och vid mobilisering/träning (13)

Fysisk funktion

- Styrka
 - o Manuella muskeltest 0 - 5-skalan (Oxford/MRC) (13)
 - o Greppstyrka Jamar/Grippit
- Rörlighet
 - o Rörelseomfång (ROM) (13)
- Balans (13)
 - o Rombergs test/Bergs balansskala
- Gångförmåga
 - o 6 minuters gångtest (13)
- Uppresningsförmåga
 - o Timed stand test/Chair stand test/Timed up and go (TUG)

Självskattningsformulär

- Patientspecifik funktionell skala (PSFS)
- Skatta fatigue på Borg CR-10
- Dagbok fatigue/hosta/dyspné utifrån behov

Interventioner

- Uppmana patienten till frekventa lägesändringar (exempelvis sittande, magliggande) (13). Det är vanligt med yrsel vid mobilisering. Öka mobiliseringen successivt. Vid mobilisering kan yrsel motverkas med hjälp av fottramp. Kom ihåg att fråga om patienten känner sig yr och var beredd att återgå till sittande eller liggande läge (eventuellt med höjd fotända).
- Hjälpmiddelsutprovning utifrån patientens behov.

Närhälsan

- Stärka upp perifer muskulatur. Eventuellt börja med mindre muskelgrupper och lågintensiv träning (<3.0 METs). Fokus sedan på kontrollerade övningar med stora muskelgrupper. (13).
- NMES kan vara aktuellt där det bedöms relevant (13).
- Balansträning (13).
- Vid behov inspiratorisk muskelträning (12).
- PEP kan användas för sekretmobilisering, dock avråds från att utföras i flaska (12, 13). PEP kan utföras upp till 3 gånger per dag, men anpassa frekvens och antal upprepningar beroende på ork hos patienten. Var noga med att kontrollera hur patienten tolererar motståndandningen (saturationsmätning) och följ upp regelbundet då sjukdomsförloppet kan ändras snabbt. Ta reda på vilken skyddsutrustning du behöver, håll dig uppdaterad om senaste säkerhetsrutiner.
- Slutna läppandning kan i vissa fall användas vid ansträngning och göra utandningen mindre forcerad.
- Information och hjälp att minimera/eliminera eventuell torrhosta för att undvika fatigue och dyspné.
 - o Om möjligt andas in genom näsan (luften värms, fuktas och andetaget blir långsammare).
 - o Vid långvariga besvär med hosta kan utandning mot lätt slutna läppar tillämpas. Detta för att motverka atelektaser och underlätta slemmobilisering.
 - o Vid kvarstående hosta kan en långsam uppvärmning innan aktivitet underlätta.
 - o Vid behov av slemmobilisering ge information om att göra detta. Detta görs i en sluten plastpåse för att undvika eventuell risk för smitta.

Åtgärder senare i rehabiliteringen

Använd Borgs RPE för att bedöma ansträngningsgrad.

- Stärka upp perifer muskulatur. Fokus på kontrollerade övningar med stora muskelgrupper med förslagsvis 8 - 12 RM, 1 - 3 sets, 2 min vila mellan set, 3 ggr/vecka i 6 veckor (14). Finns tankar om att - vid kraftig påverkan kan man initialt börja med mindre perifera muskelgrupper då arbete med större muskelgrupper kräver mer syresättning.
- Balansträning (14).
- Träning i aktivitet (för patienten relevanta aktiviteter).
- Konditionsträning, exempelvis på cykel (13).

Det finns inga restriktioner gällande träning. Belastning, intensitet och duration stegras gradvis baserat på subjektiva symptom. Beakta ändå fatigue – tänk på balansen mellan vila/återhämtning och aktivitet.

Närhälsan

Arbetsterapeutiska interventioner

Arbetsterapeuten har kompetens att bedöma aktivitetsförmåga och kognitiv förmåga i aktivitet samt bedöma behov av stöd för att klara vardagliga aktiviteter. Det ingår också i yrkesutövandet att kunna ge förslag på nödvändiga anpassningar av hemmet för att kunna komma hem från vårdinrättning och för rehabilitering i hemmet (15). Arbetsterapeuter kan möta personer med covid-19 för att stimulera och ge råd om egen aktivitet och delaktighet i sin situation. Möta upp med rehabiliterande och kompensatoriska åtgärder som hjälpmedel samt instruera om positionering, vilolägen och trycksårsprofylax (15). Bedömning av personers förmåga att återta aktiviteter och eventuella orsaker till svårigheter, som till exempel nedsatt handfunktion med muskelsvaghet och svullnad (12) samt koordinationsstörningar.

Covid-19 innebär risk för kognitiv påverkan med nedsatt uppmärksamhet, minnessvårigheter, nedsatt exekutiva funktioner och mental fatigue som kanske inte visar sig förrän personen kommit hem och ställs inför utmaningar som inte fanns under inneliggande period (12). Arbetsterapeuter kan bedöma kognitiv påverkan på aktivitetsutförande och ge råd kring mental trötthet och energibesparing (12, 15). Då personer med covid-19 kommer hem kan personen ha behov av andra personer som stöd till exempel nära anhöriga eller hemtjänst. Arbetsterapeuter har kompetens att handleda och vara konsulter för att instruera om hur aktivitet och delaktighet kan gynnas samt utbilda i förflyttningsteknik och instruera användning av hjälpmedel (15).

Då personen kommer igång med sin ADL så är det viktigt att detta sker med försiktighet då personen eventuellt kan ha nedsatt möjlighet att syresätta sig under aktiviteten. Observera om patienten får yrsel, andningssvårigheter eller andra symtom under aktiviteter. Följ puls och saturation under träning (se bilaga för instruktioner). Tänk på att dela upp träningen i många korta pass så att patienten orkar med. Digitala besök kan vara ett alternativ för uppföljning (12).

Mätmetoder

- Post-COVID-19 Functional status (PCFS)
- ADL-förmåga: ADL taxonomin.
- Kognitiv screening: Montreal Cognitive Assessment (MoCA) eller Mini Mental State Examination (MMSE).
- Kognitiv uppmärksamhet, flexibilitet och hastighet: Trial Making Test (TMT A och TMT B)
- Kognitiv bedömning i aktivitet: Perceive, Recall, Plan, Produce (PRPP).
- Mental trötthet: Fatigue Severity Scale (FSS) eller Mental Fatigue Scale (MFS).
- Målsättningar: Patientspecifik funktionell skala (PSFS) eller Canadian Occupation Performance Measure (COPM).

Närhälsan

- Delaktighet i vardagens aktiviteter: GAP i vardagens aktiviteter (GAP) delaktighet.
- Handstyrka: Grippit eller Jamar.
- Finmotorik: Nio håls pinnprov eller Purdue Peg board
- Handsvullnad: ”Figur of eight” (F8), omkrets hand.

Interventioner

- Hjälpmedelsutprovning; till exempel gåbord, rullstol, rollator, sängbygel, glidlakan, trycksårsavlastande hjälpmedel anpassningar i badrum med förhöjd toalett och hygienstol/duschpall/badkarsbräda.
- Information, rådgivning vid mental trötthet. Analys av orsaker kring trötthet och bästa återhämtningen.
- Energibesparing.
- Försiktig gradvis ökning av aktivitetsnivån utan att provocera fram fatigue-symtom.
- Kompensatoriskt kognitivt stöd vid orientering och minnesproblematik.
- Träning i ADL-situationer. Gradvis ökning av aktivitetsnivån samt stöd för återtagande av tidigare roller och aktiviteter.
- Handträning i syfte att klara vardagliga aktiviteter bättre.
- Ödemprofylax.
- Stöd vid eventuell anpassning av arbetsåtergång.

Länk för arbetsterapi i akutskedet och senare skede:

<https://www.arbetsterapeuterna.se/profession/aktuellt/arbetsterapi-och-corona-covid-19/>

Logopediska interventioner

En logoped utreder och behandlar patienter med olika sorters svårigheter, främst kopplade till röst, tal och kommunikation. Rehabiliterande insatser för personer med covid-19 kan bli aktuellt och bör ske utifrån personens individuella behov (12).

Anamnes

- Röst: överväg bedömning stämbandsfunktion vid kvarstående problem efter respiratorvård.
- Dysfagi (svårigheter att äta och svälja): säkerställ att personens energi och näringsintag tillgodoses.

Interventioner

- Rådgivning samt röst och talträning.
- Rådgivning kring matkonsistens och ergonomi vid matsituation.
- Remittera till vidare utredning vid misstänkt sväljproblematik.

Närhälsan

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Sjukdomsinformation om coronavirus inklusive sars, mers och covid-19 2020. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/coronavirus/>.
2. World Health Organization. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic 2020. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
3. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10223):507-13.
4. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*. 2020.
5. Confalonieri M, Salton F, Fabiano F. Acute respiratory distress syndrome. *European Respiratory Review*. 2017;26(144):160116.
6. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive Care Syndrome: an Overview. *J Transl Int Med*. 2017;5(2):90-2.
7. Jolley SE, Bunnell AE, Hough CL. ICU-Acquired Weakness. *Chest*. 2016;150(5):1129-40.
8. Vanhorebeek I, Latronico N, Van den Berghe G. ICU-acquired weakness. *Intensive Care Med*. 2020;46(4):637-53.
9. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J. Covid-19 and Post Intensive Care Syndrome: A Call for Action. *Journal of rehabilitation medicine*. 2020;52(4):jrm00044.
10. Thornton J. Covid-19: the challenge of patient rehabilitation after intensive care. *BMJ (Clinical research ed)*. 2020;369:m1787.
11. Borg K, Jansen B, Gripenstedt U-B, Hill M, Lindgren M, Westergren H, et al. Behovet av rehabilitering måste mötas efter svår covid-19. *Lakartidningen*. 2020(April).
12. Socialstyrelsen. Rehabilitering i samband med covid-19 i primärvården. (2020-05-15) 2020. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/rehabilitering-primarvard-covid19.pdf>.
13. Vitacca M, Carone M, Clini E, Paneroni M, Lazzeri M, Lanza A, et al. Joint statement on the role of respiratory rehabilitation in the COVID-19 crisis: the Italian position paper. 2020 Version - March 08, 2020. Report No.
14. Zhao HM, Xie YX, Wang C. Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with COVID-19. *Chinese medical journal*. 2020.
15. Sveriges Arbetsterapeuter. Arbetsterapi och corona, covid-19 2020 [2020-05-18]. Available from: <https://www.arbetsterapeuterna.se/profession/aktuellt/arbetsterapi-och-corona-covid-19/>.