

Rehabilitering i samband med covid-19 i slutenvården

Praktiskt kunskapsstöd till personal i intensivvård och på vårdavdelning

Det här kunskapsstödet riktar sig till dig som arbetar med patienter med covid-19 i slutenvården. Du får förslag på hur du kan använda rehabiliterande insatser och arbetssätt, för att patienterna ska återfå sin hälsa och funktions- och aktivitetsförmåga.

Även du som är chef eller arbetsledare i slutenvården kan använda kunskapsstödet, för att planera resurserna för rehabilitering.

Du kan behöva anpassa och utveckla förslagen efter rutinerna i din verksamhet.

Smittspridningsläget och därmed vårdflöden skiljer sig åt över landet, och därmed kan insatser som beskrivs i detta kunskapsstöd redan ha införts och pågå i olika omfattning i slutenvården. Socialstyrelsen vill med detta dokument bidra till en jämlik vård i samband med rehabilitering av covid-19.

Kunskapsstödet innehåller följande delar:

- Rehabiliterande insatser vid covid-19
- Planera för rehabiliterande insatser
- Utför rehabiliterande insatser
- Förbered utskrivning från slutenvården
- Flödesschema för rehabiliteringsbehov vid covid-19
- Läs mer om covid-19 och rehabilitering.

Rehabiliterande insatser vid covid-19

Personer med hög ålder i kombination med underliggande sjukdomar, såsom högt blodtryck, hjärt- kärlsjukdom, lungsjukdom, fetma och diabetes är överrepresenterade bland de svåra fallen med covid-19. Extra utsatta för att drabbas av allvarlig sjukdom är personer med flera underliggande sjukdomar.

Rehabiliterande insatser i samband med covid-19 bidrar till att patienter återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktions- och aktivitetsförmåga samt näringsstatus. Insatserna skapar förutsättningar för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Exempel på rehabiliterande insatser inom slutenvården för patienter med covid-19 är andningsträning, passiv och aktiv mobilisering, träning av fysiska förmågor och nutritionsbehandling samt utprovning av hjälpmedel. Patienter med covid-19 kan förutom påverkan på lungorna få skador i centrala och perifera nervsystemet med påverkan på motoriska, kognitiva och emotionella funktioner.

Därmed finns behov av teambaserad rehabilitering. Insatserna är personcentrerade, målinriktade och förutsätter att du som möter patienter tar hänsyn till och säkrar deras möjligheter till delaktighet och inflytande – när du planerar, genomför och följer upp insatserna. En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar enligt 5 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

I slutenvården är tidig och progressiv mobilisering en viktig del av rehabiliteringen. Målet är att patienterna lättare ska kunna skrivas ut till ordinärt eller särskilt boende.

Lång rehabilitering efter covid-19

Vissa patienter med covid-19 utvecklar akut andningssvikt (ARDS) under vårdtiden, och de flesta med ARDS behöver respiratorvård. Ju längre tid en patient har varit nedsövd och fått respiratorvård, desto större är risken att patienten drabbas av post intensive care syndrome (PICS) med stora fysiska, psykiska och kognitiva nedsättningar som följd.

Personer som drabbas av allvarlig covid-19-infektion riskerar också att få påverkan på många av kroppens inre organ och organsystem. Förutom det respiratoriska systemet kan även njurarna, kardiovaskulära systemet eller nervsystemet påverkas, men orsaken är inte helt klarlagd. För patienten kan detta leda till kognitiv nedsättning, förvirring, nedsatt lukt- och smaksinne och risk för utveckling av polyneuropati och myopati.

Patienten kan också behöva psykologiskt stöd, till följd av den stressande vårdmiljön under covid-19-pandemin, där personal har skyddsutrustning och patienten får svårt att förstå och ta till sig information, eventuellt är isolerad och inte får besök av närstående. Mot bakgrund av detta förväntas personer som har överlevt covid-19, även personer som inte fått intensivvård, behöva komplexa rehabiliterande insatser från flera olika professioner under en lång tid.

Socialstyrelsen avser att komplettera det försäkringsmedicinska beslutsstödet med rekommendationer om sjukskrivning efter intensivvård på grund av covid-19.

Ökat behov av personal med rehabiliteringskompetens

Hälso- och sjukvården i regioner och kommuner behöver planera för omfattande och långvariga rehabiliterande insatser för de patienter som skrivs ut efter att ha fått intensivvård eller vårdats på andra avdelningar inom slutenvården för covid-19. Mycket talar för att behovet av personal med rehabiliteringskompetens kommer att öka inom hälso- och sjukvårdens olika nivåer. Socialstyrelsens har tagit fram ett planeringsstöd som kan användas för planering av rehabilitering och eftervård i samverkan med beslutsfattare på olika vårdnivåer.

Dels skrivs patienter ut tidigare från slutenvården på grund av ett ökat vårdtryck i samband med pandemin, dels får många fler patienter än vanligt intensivvård. Det gäller även äldre personer med ett fortsatt behov av vård och omsorg i ordinärt eller särskilt boende.

Detta kan innebära att arbetssätt behöver förändras och personal utbildas. Kanske behövs till exempel fler digitala möten och telefonkontakter för att ge insatser till fler patienter, eller fler gruppbehandlingar i stället för individuella behandlingar, som ändå uppfyller kravet på god vård och rehabilitering.

Kommuner och regioner måste också ta hänsyn till den undanträngningseffekt som covid-19-vården har inneburit, när annan vård, operationer och andra åtgärder har skjutits upp. Patienter som drabbas av denna effekt kan behöva stöd och träning i väntan på dessa åtgärder, och sedan också ha behov av rehabiliterande insatser efter vården.

Planera för rehabiliterande insatser

För chefer och arbetsledare

Här får du förslag på hur du kan planera för rehabiliterande insatser. Du kan behöva anpassa och utveckla förslagen efter lokala rutiner.

- **Smittrisker:** Om patienten har misstänkt eller konstaterad covid-19 tillämpas Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien, Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2018:4) om smittrisker och gällande rekommendationer från Folkhälsomyndigheten för handläggning och val av skyddsåtgärder mot covid-19 inom vård och omsorg. Organisering av de rehabiliterande insatserna och fördelning av arbetet sker med stöd av dessa föreskrifter och rekommendationer. Möjlighet för konsultation med behandlande läkare säkerställs. Smittskyddsrutiner utarbetas för personal, för användning av lokaler där aktiviteter bedrivs, exempelvis avseende riskbeteenden, mobilisering, träning och aktivering samt för utrymmen, utrustning och hjälpmedel för andningsgymnastik med mål att förhindra smittöverföring från smittsamma till icke smittsamma patienter och personal.
- **Kompetens:** Identifiera personal med rehabiliteringskompetens i verksamheten som kan ställa om, så att du nyttjar kompetensen på bästa sätt i det akuta och det mindre akuta läget. Det kan vara fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, logopedier, psykologer och kuratorer med erfarenhet av rehabiliterande insatser inom andning och cirkulation, nutritionsbehandling och/eller intensivvård. Även läkare med specialistkompetens inom rehabiliteringsmedicin kan bidra i arbetet. Personal med rehabiliteringskompetens bedömer patienterna, individanpassar insatserna och följer upp dem, för bästa möjliga resultat.
- **Utbildning:** Personal kan behöva utbildning i rehabiliterande insatser arbetssätt inom slutenvården, samt kunskap om covid-19 och handhavande av den personliga skyddsutrustningen. Erbjud till exempel tid för erfarenhetsutbyten med personal med rehabiliteringskompetens inom intensivvård, nyttja befintliga webbutbildningar eller lokala kliniska riktlinjer.
- **Team:** Överväg att organisera personal med rehabiliteringskompetens och övrig personal i team utifrån behov. Integrera rehabilitering i omvårdnaden så långt som möjligt, för att minimera exponering av personal.

För vårdpersonal

- **Om patient fortfarande bedöms vara smittsam:**
 - Planera dina rehabiliterande insatser så att risken för smittspridning minskar. Använd inte mer skyddsmateriel än nödvändigt.
 - Innan du möter en smittsam patient behöver du ha kunskap och aktuell information om covid-19 och de smittskyddsrutiner som har tagits fram. Du behöver veta hur du tar på dig och tar av dig den personliga skyddsutrustningen på ett säkert sätt samt hur du använder utrustningen under tiden du är i kontakt med patienten.
 - Använd helst övningsmateriel som endast är avsedd för en enskild patient, till exempel gummiband i stället för hantlar.
 - Rengör och desinficera använd övningsmateriel i enlighet med gällande lokal rutin samt Folkhälsomyndighetens rekommendationer.
- **Informationsöverföring:** Håll dig insatt i både den medicinska och den rehabiliterande behandlingen av de patienter du arbetar med. Kommunikation, dokumentation och informationsöverföring är viktigt för en säker och effektiv rehabilitering.
- **Kommunikation med patienter:** Skapa förutsättningar för att göra patienten och dess närstående delaktiga i vård och behandling av covid-19. Masker, annan skyddsutrustning och apparater kan göra det svårt för patienten att göra sig förstådd, och att både höra och förstå vad du säger. För att underlätta kommunikationen kan du planera för följande:
 - Var tydlig med vem du är, vad du ska göra och vad som har hänt patienten. Patienter som har intensivvårdats länge kan uppleva akut förvirring och har ofta fragmentariska, starka och hemska minnesbilder samt andra kognitiva nedsättningar.
 - Använd gärna en kommunikationskarta med bilder och text, både för att förmedla och ta emot budskap. Detta underlättar även kommunikationen med den som inte kan svenska så bra. Smittrisker minskar om varje patient har en egen kommunikationskarta.
- **Patientens kontakt med närstående:** Planera för att hjälpa patienten att hålla kontakt, till exempel genom att
 - hålla patientens mobiltelefon laddad
 - ladda ner en lämplig kommunikationsapp till patientens telefon, om den inte har någon sådan
 - förtydliga vad patienten säger, om den har nedsatt röst- eller talfunktion.
- **Rehabiliteringspassens längd:** Planera hellre för flera korta pass med rehabiliterande insatser än ett långt. Många patienter är extremt trötta och även nedstämda under covid-19-sjukdomen.

Utför rehabiliterande insatser

Här kan du läsa om insatser som kan behövas för att rehabilitera patienter i samband med covid-19. De insatser som beskrivs är inte heltäckande och du behöver därför ta ställning till patientens egna förutsättningar och önskemål samt din egen professionella expertis.

Andningsteknik och sekretmobilisering

Patienter	Bedömning och rehabiliterande insatser
Patienter med symtom på covid-19	<ul style="list-style-type: none"> Var vaksam på hur patienten mår. Patienterna har ofta mycket snabb andning, och allmäntillståndet kan försämrats snabbt. Om möjligt, kontrollera saturationen. Uppmana patienten att i möjligaste mån vara i upprätt position och fysiskt aktiv efter ork. Att dricka vatten och andas lugnt in genom näsan och ut mot lätt slutna läppandning kan lindra torrhosta. Generellt behövs inte specifik andningsträning eller slemelimineringstekniker. Var extra uppmärksam på patienter med bakomliggande neurologisk sjukdom eller lungsjukdom, t.ex. cystisk fibros eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Överväg i vissa fall att försöka normalisera andningsfrekvensen och stimulera djupandning i bekväma vilopositioner, helst i sittande. Det kan underlättas genom att patienten lutar sig fram över ett bord och provar slutna läppandning, vilket kan öka lungvolymen och förbättra andningsmönstret. <p>Personal: Erfaren rehabiliteringsprofession bedömer vilken insats som behövs individuellt för varje patient.</p>
Patienter med symtom på covid-19 och sekretbildning	<ul style="list-style-type: none"> Uppmana patienten att i möjligaste mån vara i upprätt läge och om möjligt försöka ta djupa andetag. Eventuellt kan armläggning med en eller båda armarna underlätta. Om patienten ligger kan framstupa sidoläge eller bukläge underlätta sekretmobilisering. Om patienten kan hosta upp slem själv behövs ingen annan insats. Om patienten inte kan hosta upp slem: Använd slemmobiliserande tekniker, t.ex. PEP i kombination med huffing eller kontrollerad hosta. <p>Försiktighetsåtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Undvik PEP-flaska med vatten på grund av smittorisken vid aerosolbildning.
Patienter med symtom på covid-19, som har svårt att andas och dålig syresättning	<ul style="list-style-type: none"> Använd lägesposition för att öka mängden luft i lungorna. Prova t.ex. sittande läge, framstupa sidoläge eller aktivt bukläge. Använd kuddar som stöd, och fokusera på patientens komfort och egna upplevelse av hur andningen påverkas. Använd syrgas eller icke-invasiv ventilation om det behövs. Motståndandning är oftast inte indikerat.
Patienter med covid-19 och akuta syresättningsproblem (ARDS, akut respiratoriskt stressyndrom) samt <ul style="list-style-type: none"> icke-invasiv ventilation eller respiratorvård 	<ul style="list-style-type: none"> Använd lägesposition för att optimera gasutbytet i lungorna och eventuellt underlätta sekretmobilisering genom stabilt sidoläge eller bukläge. Vid respiratorvård: Vänd patienten till bukläge under 14–16 timmar, enligt vändschema. 5–6 personer kan krävas för att vända en patient. <p>Försiktighetsåtgärd: Buklägesvändning kräver ett koordinerat arbete där en person leder vändningen och guidar övrig personal.</p>

Mobilisering och fysisk träning

Patienter	Rehabiliterande insatser
Patienter med symtom på covid-19	<ul style="list-style-type: none"> • Uppmuntra till fysisk aktivitet efter ork: i sängen, sittande och stående. Detta ökar mängden luft i lungorna och förbättrar cirkulationen och syresättningen samt bibehåller muskelmassa. • Vid långvarigt sängläge: Hjälpa patienten att sitta upp och om möjligt utföra aktiva rörelser i sängen, t.ex. fottramp, sängcykling och armrörelser. Vid risk för svullnad, använd högläge. • Utför eventuellt passiva rörelser åt patienten om det behövs. Du kan t.ex. böja och sträcka patientens höft-, knä- och fotleder, liksom arm- och handleder.
Patienter som får långvarig respiratorvård	Överväg passivt rörelseuttag i lederna.
Patienter med fysiska begränsningar efter covid-19 och eventuell <ul style="list-style-type: none"> • intensivvård • respiratorvård 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt bedömning av fysisk kapacitet och funktion och introducera aktiv progressiv mobilisering och träning tidigt, t.ex. rörelseträning i sängen, förflyttning från liggande till sittande, sittande balansträning, uppresning från sittande till stående, gång- och balansträning. Gånghjälpmiddel kan behövas i början. • Låt patienten göra rörlighetsövningar för nacke, bål och skuldror. • Låt patienten träna stora muskelgrupper, framför allt i nedre extremiteterna. Patienten kan t.ex. först utföra släpncykling och raka benlyft i sängen, och sedan successivt resa sig från sittande till stående upprepade gånger. • Ta fram ett individuellt träningsprogram med instruktioner till patienten. • Ge eventuellt instruktion i sluten läppandning. Det kan ibland underlätta andningen vid fysisk aktivitet. <p>Förslag på bedömningsinstrument för att bedöma behovet av rehabilitering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CPAx (funktion efter intensivvård) • Chair stand test (30 sek.) • Short Physical Performance Battery (SPPB) – kan tillsammans med annan epikris användas för att bedöma behovet av rehabilitering efter utskrivning. <p>Försiktighetsåtgärd: Observera om patienten får yrsel, andningssvårigheter eller andra symtom under aktiviteter. Övervaka patientens oxygensaturation (syremättnad), och låt patienten skatta andfåddhet på Borgs CR-10-skala. Överväg att föreslå utredning för hjärt-kärlsjukdom, såsom cardiomyopati.</p> <p>Personal och arbetssätt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal med rehabiliteringskompetens kan bedöma patientens funktion och behov av rehabilitering, och genomföra insatser tillsammans med övrig personal. • Flera personer kan behövas för att stödja patienten i början. • Fler korta träningspass är bättre än ett långt.

Aktiviteter i det dagliga livet (ADL) och hjälpmedel

Patienter	Bedömningar och rehabiliterande insatser
Patienter med aktivitetsbegränsningar	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöm aktivitetsförmågan och behovet av stöd för dagliga aktiviteter med vedertagna bedömningsinstrument (t.ex. ADL-taxonomin eller Sunnås ADL-index). • Inled med försiktig träning av dagliga aktiviteter och energibesparing vid aktivitet utförande. • Utför ADL-träning efter patientens förmåga och vad som är viktigast att utföra. • Instruera patienten och personal hur patienten stöds att vara aktiv och delaktig. • Instruera om förflyttningsteknik för patienten och personal.
Patienter som behöver hjälpmedel	<ul style="list-style-type: none"> • Prova ut t.ex. en komfortullstol för att patienten ska kunna ändra position och sitta uppe korta stunder. • Prova ut övriga förflyttningshjälpmedel och hjälpmedel för personlig vård och eventuell förskrivning. • Instruera patienten och personal om förflyttnings- och ADL-hjälpmedel. • Skapa förutsättningar för tryckavlastning, t.ex. med antidecubitusmadrass, om patienten behöver det. Om patienten inte själv kan vända i sin säng: Använd vändschema och stimulera till egen aktivitet • Bedöm behovet av lindning eller utprovning av kompressionshandske, om högläge och rörelseträning inte gett tillräcklig effekt på svullnad av händerna.

Kognitiv nedsättning och psykologisk påverkan

Patienter	Bedömningar och rehabiliterande insatser
Patienter som vårdas för covid-19	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöm känslomässiga effekter av covid-19 och behandla efter behov. Detta är motiverat särskilt med tanke på att vissa patienter har varit långvarigt isolerade på sjukhus. Eventuellt behövs en mer omfattande bedömning och behandling efter hemgång.
Patienter som har överlevt ARDS (akut respiratoriskt stressyndrom)	<ul style="list-style-type: none"> • Utred om patienten har en kognitiv nedsättning, t.ex. nedsatt minne, svårigheter med uppmärksamhet eller nedsatta exekutiva funktioner. Kognitiv nedsättning tycks öka risken för ångest och sämre livskvalitet. • Upprepa muntlig information, ge skriftlig information och kognitiv stöd om patienten verkar ha en kognitiv nedsättning. Erbjud stöd och vid behov hjälpmedel för t.ex. kommunikation, minne och planerings- och initiativförmåga. • En neuropsykologisk bedömning kan i vissa fall behöva göras, om patienten har påfallande kognitiv nedsättning pga. covid-19. • Överväg körförbud enligt samma rutiner som vid stroke. Patienten följs upp med neuropsykologisk testning.
Patienter som har överlevt långvarig mekanisk ventilation	<p>Utred om patienten har post intensive care-syndrom (PICS, inklusive fysisk, emotionell och kognitiv nedsättning). Det är mycket vanligt efter långvarig mekanisk ventilation. Tecken på detta kan vara</p> <ul style="list-style-type: none"> • ångest • depressivitet • existentiella frågor • tecken på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).
Närstående till patienter som har vårdats för covid-19	<ul style="list-style-type: none"> • Ge psykosocialt stöd efter behov. • Ge information om hur den kognitiva nedsättningen påverkar och hur närstående kan göra för att bemöta den.

Röst- och talinsatser

Område	Rehabiliterande insatser
Röstproblem	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöm röstfunktion hos extuberade patienter, då det finns risk för afoni och röstproblem. Hänvisa till bedömning av stämbandsfunktion. • Utför röst- och talinsatser.

Dysfagi (svårt att äta och svälja)

Patienter	Bedömningar och rehabiliterande insatser
Patienter som <ul style="list-style-type: none"> • har varit intuberade • har varit trakeostomerade <i>eller</i> • har kvarstående andningssvikt och svårt att koordinera andning och sväljning under en hel måltid, t.ex. efter syrgasbehandling med högt flöde eller mask 	Gör en första riskbedömning för dysfagi så snart det är kliniskt möjligt efter extubering för att avgöra om patientens sväljförmåga är nedsatt och en mer detaljerad bedömning behövs. <p>Arbetsätt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gör riskbedömningen inom 24 timmar eller så snart det är kliniskt möjligt. • Använd t.ex. instrumentet The standardized swallowing assessment – svenska (SSA-S). <p>Försiktighetsåtgärd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vänta med att ge patienter med sväljbesvär mat oralt tills det går att bedöma att patienten kan skydda sina luftvägar.
Patienter med misstänkt dysfagi enligt den första riskbedömningen	<ul style="list-style-type: none"> • Skriv remiss för att undersöka sväljförmågan vidare, företrädesvis med fiberendoskopisk utredning, FUS. Detta som grund för att åtgärda dysfagin på ett säkert sätt. • För att underlätta en mer kontrollerad sväljning: Hjälp patienten att ha en upprätt sittställning, äta och dricka i lugnt tempo, koordinera andning och sväljning samt hålla huvudet upprätt eller lätt framåtböjt.

Nutritionsbehandling

Område	Bedömningar och rehabiliterande insatser
Riskbedömning	<p>Följ regelbundet patientens aktuella vikt, ättsvårigheter och eventuell vikt förlust, under och efter vårdtiden. Detta gäller även patienter med grav övervikt.</p> <p>Om den bedömda individen uppvisar något av de tre tillstånden finns det anledning att göra en utredning av patientens näringsstillstånd:</p> <ul style="list-style-type: none"> oavsiktlig vikt förlust (tecken på negativ energibalans) ättsvårigheter, t.ex. aptitlöshet eller tugg- och sväljproblem undervikt, dvs. body mass index (BMI) är mindre än 20 kg/m² (för patienter under 70 år) eller BMI är mindre än 22 kg/m² (för patienter 70 år och äldre). <p>Läs mer i ESPEN expert statement.</p>
Nutritionsutredning	<p>Utred eventuella mag- och tarmproblem och aspirationsrisk. Dessa problem är vanligt samband med covid-19, och kan påverka både näringsintaget och näringsupptaget. Hänsyn behöver även tas till andra sjukdomar och symtom, eftersom samsjuklighet är vanligt vid covid-19.</p>
Ättsvårigheter	<ul style="list-style-type: none"> Bedöm i första hand möjligheten att öka det perorala intaget med energi- och proteintät kost och ett ökat antal måltider per dag. Ättsvårigheter kan bero på t.ex. illamående, smak- och luktbortfall, aptitlöshet, trötthet. Genomför mat- och vätskeregistrering och beräkna energibehovet, för att kunna ställa intaget i relation till behovet.
Förhöjt energi- och proteinbehov	<p>Observera att energi- och proteinbehovet kan vara förhöjt, relaterat till en infektion, feber och andningsfrekvens.</p>
Medicinsk nutritionsbehandling	<p>Överväg kosttillskott och enteral eller parenteral näringstillförsel, om peroralt intag inte är tillräckligt eller möjligt.</p>
Kosttillskott	<ul style="list-style-type: none"> Överväg kosttillskott om det inte räcker att justera mat och dryck för att täcka energi- och proteinbehovet. Välj kosttillskott utifrån patientens individuella behov. Prioritera energi- och proteintäta kosttillskott för att täcka uppskattat energi- och proteinbehov. Bedöm även behovet av kosttillskott efter vårdtiden.
Enteral näringstillförsel	<ul style="list-style-type: none"> Överväg enteral näringstillförsel om patienten inte förväntas kunna äta de närmaste tre dagarna, eller om matintaget förväntas vara lägre än 50 procent av behovet under en vecka. Tänk på att enteral näringstillförsel alltid är att föredra framför parenteral näringstillförsel. Om patienten haft en långvarig period utan eller med lågt näringsintag: Introducera enteral eller parenteral näringstillförsel försiktigt, och öka mängden successivt. Tät uppföljning är viktig under uppstarten. Bedöm även behovet av enteral näringstillförsel efter vårdtiden.
Parenteral näringstillförsel	<p>Vid gastrointestinala eller praktiska problem: Överväg parenteral näringstillförsel för att nå energi- och näringsbehovet.</p>
Nutritionsbehandling under intensivvården	<p>Följ sedvanliga riktlinjer för nutritionsbehandling i intensivvård under intensivvårdsfasen.</p>

Förbered utskrivning från slutenvården

Här får du förslag på hur du kan förbereda utskrivning från slutenvården av en patient som har vårdats för covid-19. Du kan behöva anpassa och utveckla förslagen efter lokala rutiner.

- **Bedömning av smittsamhet:** Fastställ om fortsatt smittsamhet bedöms föreligga inför byte av vårdnivå eller vårdenhet. Bestäm tidpunkt för förnyad smittsambetsbedömning. Kriterier för smittfrihet finns tillgängliga på Folkhälsomyndighetens hemsida.
- **Underlag för fortsatt rehabilitering:** För selektion till nästa vårdnivå behöver du ett strukturerat underlag för fortsatta rehabiliteringsbehov utifrån flera yrkeskategoriers bedömningar, inklusive fysisk bedömning och aktivitetsbedömning, till exempel ADL, förflyttning och personlig vård, liksom bedömning av kognition, kommunikation, hjälpmedel och näringsintag.
- **Epikris eller remiss:** Se till att nästa vårdnivå tar emot en epikris (medicinsk slutanteckning) och en remiss. Där beskrivs vårdförloppet och eventuella fortsatta vård- och omsorgsinsatser, samt behov av rehabilitering och hjälpmedel.
- **Specialistrehabilitering:** Uppmärksamma behovet av olika typer av specialistrehabilitering vid en rehabiliteringsenhet (exempelvis neurologisk eller geriatrisk) för svaga och sköra patienter som skrivs ut efter långvarig intensivvård. Möjliggör för återgång till eventuellt arbetsliv.
- **Uppföljning av intensivvård:** Patienter som har vårdats på intensivvårdsavdelning kan behöva ges möjlighet till återbesök och uppföljning av den specialiserade vården.
- **SIP:** I vissa fall behövs en samordnad individuell plan (SIP), så att socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan samordna insatserna och tillgodose patientens behov. Det gäller exempelvis mobilisering, nutritionsbehandling eller förberedelse för hemgång. Samverka med öppen specialiserad vård, primärvården och kommunal hälso- och sjukvård kring de fortsatta rehabiliteringsbehoven, hjälpmedel, anpassningar i hemmiljön, hemtjänst med mera.
- **Information till patienten:** Information till patienten kan bland annat avse det förväntade vård- och eftervårdförloppet och ge kontaktuppgifter för fortsatt stöd om patienten upplever oro, ångest, nedstämdhet, sömnbesvär eller andra kognitiva symtom. Ge också kontaktuppgifter för eventuellt behov av rehabilitering och hjälpmedel.

Flödesschema för rehabiliteringsbehov vid covid-19

Flödesschemat är framtaget av nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

- Bilden illustrerar på ett övergripande sätt när i en patients vårdförlopp som bedömning av rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsinsatser behövs,
- och där ställningstagande till rehabiliteringsform och nivå bör ingå.
- Målsättningen är att varje patient ska erbjudas återkommande bedömning
- av rehabiliteringsbehov som dokumenteras i en vårdplan eller rehabiliteringsplan, som justeras i takt med patientens kliniska förlopp och egna prioriteringar.
- Olika livssituationer och egna prioriteringar gör att rehabiliteringsplaneringen
- kan se delvis olika ut för personer med likadana funktionsnedsättningar.
- Lokala anpassningar av flödesschemat förväntas behövas, då ansvarsfördelningen inom regioner och kommuner varierar i landet.

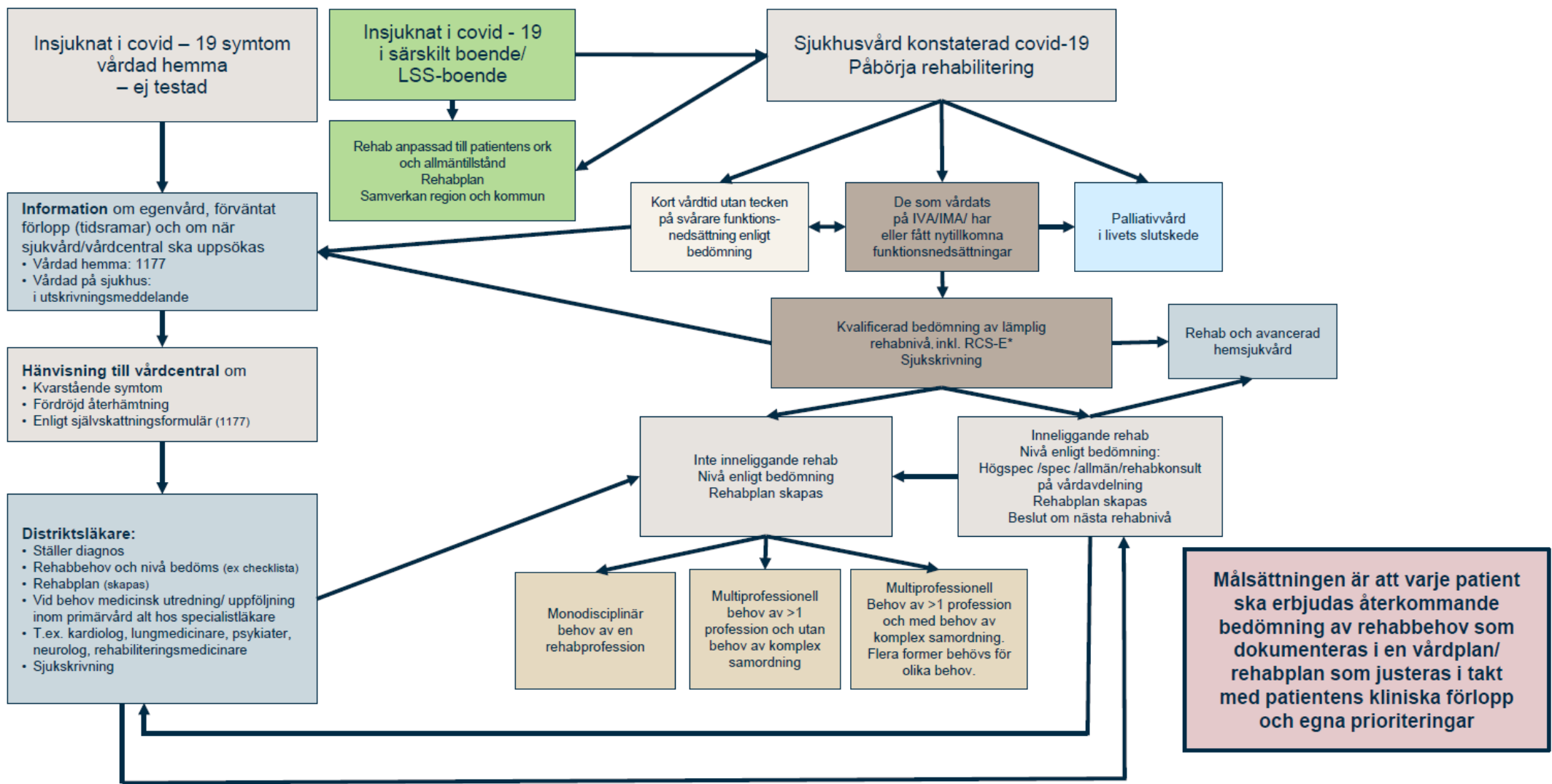
Så har kunskapsstödet tagits fram

Socialstyrelsen har tagit fram detta dokument i samverkan med medicinskt sakkunniga inom NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt professionsförbunden. Legitimerade fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, logopedier, sjuksköterskor och läkare, både kliniskt verksamma och forskare, har deltagit i arbetet.

Dokumentet bygger på kunskapsläget för rehabilitering i samband med covid-19, som det ser ut just nu. Det har tagits fram på mycket kort tid för att snabbt möta behovet vid covid-19-pandemin. Socialstyrelsen har därför hämtat in synpunkter från färre sakkunniga och andra intressenter än vanligt.

Versionshistorik

Version	Ändring avser	Datum
2.0	Reviderad text om smitta	2020-05-28
1.0	Nytt dokument	2020-05-15



*RCS-E Rehabilitation Complexity Scale

Läs mer om covid-19 och rehabilitering

- **Folkhälsomyndigheten: Sjukdomsinformation om coronavirus inklusive sars, mers och covid-19:**
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/coronavirus/>
- **Stöd och vägledning till hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen:**
<https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/stod-till-halso-och-sjukvard/>
- **WHO:s forskningsdatabas:**
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>
- **RCS-E: Skala för skattning av komplexitet vid rehabilitering** (Rehabilitation Complexity Scale-Extended, version 13, Swedish Version) 2020-05-05:
<https://www.ds.se/globalassets/4-patienter-och-narstaende/vardavdelningar-och-mottagningar/rehabiliteringsmedicin/rcs-e-skala-for-skattning-av-komplexitet-vid-rehabilitering.pdf>
- **Stöd för kodning, Socialstyrelsen:**
<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icd-10/>
- **Svensk förening för rehabiliteringsmedicin:**
<http://sfrm.se/covid-19/>
- **SKR om covid-19 och det nya coronaviruset:**
<https://skr.se/covid19ochdetnyacoronaviruset.31764.html>
- **1177: Covid-19 – coronavirus:**
<https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/lungor-och-luftvagar/inflammation-och-infektion-ilungor-och-luftror/covid-19-coronavirus/>
- **The Institute for Healthcare Improvement: (IHI)**
http://www.ihl.org/Pages/default.aspx?utm_campaign=COVID-19&utm_medium=email&_hsmi=87653097&_hsenc=p2ANqtz-_5swfzeog6H58mLLelkzMBngm3GKff31ewC4uwQGdKtltJ1N-Mlegmugi-oKYRbR9PsdjWn&utm_content=87653097&utm_source=hs_email
- **Sveriges Arbetsterapeuter om arbetsterapeutens kompetens på olika vårdnivåer vid covid-19:**
<https://www.arbetsterapeuterna.se/nyhetsarkiv/nyheter-2020/information-med-anledning-av-coronaviruset-covid-19/>
- **Dietisternas riksförbunds information om nutrition vid covid-19:**
<https://drf.nu/covid-19/>
- **WCPT (Världsförbundet för fysioterapeuter):**
<https://www.wcpt.org/news/Novel-Coronavirus-2019-nCoV>
- **Nationell plattform för fysioterapeuter om Covid-19:**
<https://ki.instructure.com/courses/4193>
- **Logoped, kommunikationsstöd:**
Kommunikationskarta: <https://www.symbolbruket.se/Content/files/Covid19/Covid19%20intensivv%C3%A5rd%20kommunikationskarta.pdf>
Bildstöd: <https://kom-hit.se/>

Referenser

- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2018:4) om smittrisker
- Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd I hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen. 2020
- <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-4-6716.pdf>
- Barazzoni R, Bischoff SC, Krznaric Z, Pirlich M, Singer P, endorsed by the ESPEN Council, Espen expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with sars-cov-2 infection, *Clinical Nutrition*, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022>
- Borg K, Stam, H. Editorial: Covid-19 and Physical and Rehabilitation Medicine. 2020;52.
- Brodsky, Martin B., Matthew J. Levy, Erin T. Jedlanek, Vinciya R. Pandian, Brendan M. Blackford, Carrie Price, Gai Cole, Alexander Hillel, Simon Best, and Lee Akst. "Laryngeal Injury and Upper Airway Symptoms After Oral Endotracheal Intubation With Mechanical Ventilation During Critical Care: A Systematic Review*." *Critical Care Medicine* 46.12 (2018): 2010-017.
- Brodsky, M.B., Pandian, V. & Needham, D.M. Post-extubation dysphagia: a problem needing multidisciplinary efforts. *Intensive Care Med* 46, 93–96 (2020). <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00134-019-05865-x>
- Brodsky, Martin, B. De, Ishani Chilukuri, Kalyan Huang, Minxuan Palmer, and Jeffrey Needham. "Coordination of Pharyngeal and Laryngeal Swallowing Events During Single Liquid Swallows After Oral Endotracheal Intubation for Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome." *Dysphagia* 33.6 (2018): 768-77.
- Brugliera L, Spina A, Castellazzi P, et al. Rehabilitation of COVID-19 patients. *J Rehabil Med*. 2020;52(4):jrm00046. Published 2020 Apr 15. doi:10.2340/16501977-2678.
- Chair-stand test (30 sekunder) https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/_sektioner/aldreshalsa/matmetoder/chairstands.pdf
- Chelsea critical care assessment tool –Swedish version (CPAX-Swe) <https://ki.instructure.com/courses/4193/files/424339/download?wrap=1>
- Clinical Frailty Scale (CFS): <https://liu.se/artikel/instrument-att-skatta-skorhet>
- Gowardman, John & Robert FRACP, FCICM. (2019). Acute Laryngeal Injury Following Mechanical Ventilation: Revisiting the Known Unknowns*. *Critical Care Medicine*, 47, 1802-1804. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004049>
- Holdar U, Eriksson F, Siesage K, Corner EJ, Ledström V, Svensson-Raskh A, Kierkegaard M. Cross-cultural adaption and inter-rater reliability of the Swedish version of the Chelsea critical care assessment tool (CPAX-Swe) in critically ill patients. *Disabil Rehabil*. 2019 Sep 26:1-5. PMID: 31558043
- Ijssennagger, C., Ten Hoorn, S., Van Wijk, A., Van Den Broek, J. ., Girbes, A. ., & Tuinman, P. . (2018). Caregivers' perceptions towards communication with mechanically ventilated patients: The results of a multicenter survey. *Journal of Critical Care*, 48, 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.08.036>

- Larsson P, Borge CR, Nygren-Bonnier M, Lerdal A, Edvardsen A. An evaluation of the short physical performance battery following pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):348. Published 2018 Jun 4 doi:10.1186/s13104-018-3458-7
- Lazzeri M, Lanza A, Bellini R, et al. Respiratory physiotherapy in patients with COVID-19 infection in acute setting: a Position Paper of the Italian Association of Respiratory Physiotherapists (ARIR). *Monaldi Arch Chest Dis*. 2020;90(1):10.4081/monaldi.2020.1285. Published 2020 Mar 26. doi:10.4081/monaldi.2020.1285
- Leder, Steven B, Heather L Warner, Debra M Suiter, Nwanmegha O Young, Bishwajit Bhattacharya, Jonathan M Siner, Kimberly A Davis, Linda L Maerz, Stanley H Rosenbaum, Peter S Marshall, Margaret A Pisani, Mark D Siegel, Joseph J Brennan, and Kevin M Schuster. "Evaluation of Swallow Function Post-Extubation: Is It Necessary to Wait 24 Hours?" *Annals of Otolology, Rhinology & Laryngology* 128.7 (2019): 619-24.
- Liu, J.-J., Chou, F.-H., & Yeh, S.-H. (2009). Basic needs and their predictors for intubated patients in surgical intensive care units. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 38(3), 208–216. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.06.002>
- Macht, Madison, Wimbish, Tim, Clark, Brendan J., Benson, Alexander B., Burnham, Ellen L., Williams, Andre, and Moss, Marc. "Postextubation Dysphagia Is Persistent and Associated with Poor Outcomes in Survivors of Critical Illness.(Research)(Report)." *Critical Care* 15 (2011): R231.
- Marvin, Stevie, Susan Thibeault, and William Ehlenbach. "Post-extubation Dysphagia: Does Timing of Evaluation Matter?" *Dysphagia* 34.2 (2019): 210-19
- McLeod, S. (2018) Communication rights: Fundamental human rights for all, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20:1, 3-11, DOI: 10.1080/17549507.2018.1428687
- McNeary L, Maltser S, Verduzco-Gutierrez M. Navigating Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in Psychiatry: A CAN Report for Inpatient Rehabilitation Facilities [published online ahead of print, 2020 Mar 20]. *PM R*. 2020;10.1002/pmrj.12369. doi:10.1002/pmrj.12369
- Report of an ad-hoc International Task force to develop an expert-based opinion on early and short-term rehabilitative interventions (after det acute hospital seting) in covid-19 survivors (Version April 3, 2020. <https://www.ersnet.org/covid-19-blog/covid-19-and-rehabilitation>
- Serra-Prat, Mateu, Palomera, Mercè, Gomez, Carlos, Sar-Shalom, David, Saiz, Adoración, Montoya, Jorge G., Navajas, Mario, Palomera, Elisabet, and Clavé, Pere. "Oropharyngeal Dysphagia as a Risk Factor for Malnutrition and Lower Respiratory Tract Infection in Independently Living Older Persons: A Population-based Prospective Study." *Age and Ageing* 41.3 (2012): 376-81.
- Shinn, Justin, Kimura, Kyle, Campbell, Benjamin, Sun Lowery, Anne, Wootten, Christopher, Garrett, C., et al. (2019). Incidence and Outcomes of Acute Laryngeal Injury After Prolonged Mechanical Ventilation*. *Critical Care Medicine*, 47, 1699-1706. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004015>
- Schefold, Joerg C., David M. Berger, Patrick Zürcher, Michael Lensch, Andrea Perren, Stephan Jakob, Ilkka Parviainen, and Jukka Takala. "Dysphagia

- in Mechanically Ventilated ICU Patients (DYnAMICS): A Prospective Observational Trial." *Critical Care Medicine* 45.12 (2017): 2061-069.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring
 - Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg
 - Short Physical Performance Battery-Swedish version (SPPB-S)
file:///H:/Covid-19/Nationell%20plattform%20Covid-19%20FT/Skalan%20SPPB-S.pdf
 - Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J. Covid-19 and Post Intensive Care Syndrome: A Call for Action. *J Rehabil Med.* 2020;52(4):jrm00044. Published 2020 Apr 15. doi:10.2340/16501977-2677
 - Stöd till kommunal hälso- och sjukvård – covid-19. Socialstyrelsen 2020 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/arbetsatt-kommunal-halso-och-sjukvard-covid19.pdf>
 - Sunnås ADL-index: https://www.ltu.se/cms_fs/1.48380!/file/ADL.pdf
 - Ten Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care (London, England)*, 20(1), 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
 - Thomas P, Baldwin C, Bissett B, et al. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations [published online ahead of print, 2020 Mar 30]. *J Physiother.* 2020;S1836-9553(20)30028-X. doi:10.1016/j.jphys.2020.03.011
 - Yagi, N., Oku, Y., Nagami, S., Yamagata, Y., Kayashita, J., Ishikawa, A., Domen, K., & Takahashi, R. (2017). Inappropriate Timing of Swallow in the Respiratory Cycle Causes Breathing-Swallowing Discoordination. *Frontiers in physiology*, 8, 676. <https://doi.org/10.3389/fphys.2017.00676>