

Rehabilitering i samband med covid-19 i primärvården

Praktiskt kunskapsstöd till vård- och omsorgspersonal i regioner och kommuner

Det här kunskapsstödet riktar sig till dig som arbetar med rehabilitering i primärvården och omsorgen, med patienter som har eller har haft covid-19. 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 kan använda kunskapsstödet, för att planera resurserna för rehabilitering och säkra att personalen kan hantera smittorisker.

Du kan behöva anpassa och utveckla förslagen efter lokala rutiner.

Smittspridningsläget och därmed vårdflödet skiljer sig åt över landet och därmed kan insatser som beskrivs i detta kunskapsstöd redan ha införts och pågår i olika omfattning i primärvården. Socialstyrelsen vill med detta dokument bidra till en jämlik vård i samband med rehabilitering av covid – 19.

Kunskapsstödet innehåller följande delar:

- Vad är rehabiliterande insatser?
- Planera för rehabiliterande insatser
- Utför rehabiliterande insatser
- Flödesschema över när och var i patientens vårdförlopp bedömning av rehabilitering kan ske
- Läs mer om covid-19 och rehabilitering.

Vad är rehabiliterande insatser?

Rehabiliterande insatser bidrar till att patienter återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga. Insatserna skapar förutsättningar för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Exempel på rehabiliterande insatser för personer med covid-19 är andningshjälp, passiv och aktiv mobilisering, träning av fysiska förmågor och nutritionsbehandling. Även patienter med neurologiska, kognitiva och psykiska symtom

behöver rehabilitering. Insatserna är personcentrerade, målinriktade och förutsätter att du som möter patienter tar hänsyn till och säkrar deras möjligheter till inflytande – när du planerar, genomför och följer upp insatserna.

Många behöver rehabilitering efter covid-19

Hälso- och sjukvården i regionerna och kommunerna behöver planera för stora rehabiliterande insatser till många som har haft covid-19. Behovet blir särskilt stort mot bakgrund av att många har fått vård i respirator under lång tid, men även personer som inte behövt någon sjukhusvård kan ha stort behov av rehabilitering.

För många inleds rehabiliteringen i slutenvården på sjukhuset. Det är i dag svårt att förutse hur stor del av rehabiliteringen som kommer att behöva fortsätta inom öppenvården på specialiserade mottagningar och inom primärvården på regional eller kommunal nivå. Det kommer att behövas en dialog mellan vårdnivåerna hur resurserna används mest effektivt. Det kommer också behövas att primärvården i kommuner och regioner förbereder sig för att kunna genomföra rehabiliterande insatser till patienter som haft covid-19.

Efter intensivvård eller lång sjukhusvård på annan vårdavdelning på grund av covid-19 kan stora behov av rehabiliterande åtgärder finnas, och längre tids sjukskrivning kan behövas.

Även personer med covid-19 som inte fått intensivvård kan vara i behov av sjukskrivning. Enligt Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning ska bedömningen av arbetsförmåga alltid utgå ifrån individens unika förutsättningar. Socialstyrelsen avser att komplettera det försäkringsmedicinska beslutsstödet med rekommendationer om sjukskrivning efter intensivvård på grund av covid-19.

Exempel på rehabiliteringsbehov efter covid-19

Patienter som har fått intensivvård för covid-19 under lång tid kan behöva specialistrehabilitering. Patienterna drabbas ofta av muskelsvaghet, undernäring, nedsatt lungfunktion och allvarlig trötthet (fatigue) som påverkar personens grad av fysisk aktivitet och träningsförmåga. De kan också uppleva smärta och få psykiska, neurologiska eller kognitiva besvär. Ett samlat begrepp för besvär som kan uppstå efter intensivvård är post intensive care syndrom (PICS).

Patienter kan också få lungmedicinsk påverkan, stroke eller olika neurologiska bortfall som behöver följas upp. Flera professioner behöver samverka för att möta de komplexa symtom och problem som kan uppstå.

Vidare kommer vissa funktionsnedsättningar att märkas först när en person kommer hem från sjukhuset och inte kan utföra sina dagliga aktiviteter som tidigare, till exempel på grund av extrem trötthet, kognitiva nedsättningar eller psykologiska symtom som posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården behöver fånga upp, bedöma, remittera och ge stöd till dessa personer.

Äldre multisjuka personer har extra stor risk att få komplikationer och bestående funktionsnedsättningar efter covid-19.

Äldre personer kan också påverkas särskilt negativt av immobiliseringen under sjukdomstiden, bland annat eftersom de behöver längre tid på sig att träna upp styrka och uthållighet i musklerna igen, jämfört med yngre personer. Även anhöriga kan behöva information och stöd.

Planera för rehabiliterande insatser

När det behövs större rehabiliterande insatser i primärvården, kan arbetssätt behöva 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. För uppföljning, utvärdering m.m. är det viktigt att insatser som vidtas och resultaten av dessa dokumenteras.

Här får du förslag på hur du kan planera och samverka för rehabiliteringen och det ökade behovet.

För arbetsledare och chefer

Smittorisker: Ta alltid hänsyn till smittorisker när du fördelar arbetet och organiserar de rehabiliterande insatserna och bedömer smittorisk, till exempel i samband med utskrivning från **slutenvården**.

Kompetens och samordning: Identifiera rehabiliteringsbehov och använd rehabiliteringspersonalen på ett effektivt sätt. Alla personalkategorier behöver använda ett rehabiliterande arbetssätt, och olika kompetenser behöver ofta samverka för att kunna ge en optimal vård och omsorg. Vårdpersonal behöver också samverka med socialtjänsten, till exempel med biståndshandläggare och hemtjänstpersonal. I vissa fall behövs en samordnad individuell plan (SIP) för att tillgodose individens behov.

Team: Överväg att organisera rehabiliteringspersonal och vårdpersonal i **team**: Olika **team** hanterar då patienter som fortfarande bedöms kunna smitta med covid-19 och patienter som inte är smittbärare. Minimera eller förhindra personalrörelse mellan teamen.

Rutin för överrapportering: Du som leder arbetet på till exempel en vårdcentral, i hemsjukvården, i hemtjänsten eller vid ett särskilt boende, behöver säkra en rutin för överrapportering av covid-19-patienter från slutenvården. Detta för att personalen snabbt ska kunna ta del av viktig information för att ge patienten stöd de första dygnet i eget boende och eventuell **smittorisk**. I den fortsatta uppföljningen av patientens eftervård behöver personalen fokusera på de fysiska, psykiska och sociala aspekterna av att rehabiliteras efter covid-19, och vara lyhörd för patientens önskemål och behov och tillse hans eller hennes delaktighet i vården.

Särskilda boendeformer: Du som planerar resurser i en kommun kan behöva uppmärksamma ett ökat behov av **korttidsboende**, för personer som har fått slutenvård för covid-19 och behöver omsorg och rehabilitering under en tid, innan de kan flytta hem till det ordinarie eller särskilda boendet. Observera att ansvaret för rehabiliterande insatser för personer i ordinarie boende är fördelat på olika sätt i olika delar av landet, mellan den regionala primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården – se lokala samverkansrutiner.

För rehabiliteringspersonal?

Smittorisker:

- Planera arbetet i förväg, så att så få personer som möjligt träffar patienter med covid-19. Då minskar risken för smittspridning och brist på skydds-material.
- Använd tillräcklig skyddsutrustning för vad insatsen kräver. Du behöver till exempel ökat skydd vid host- och slemmobiliserande insatser, om patienten är smittbärare.
- Undvik att flytta utrustning och hjälpmedel för andningsgymnastik, mobilisering, träning och aktivering mellan smittsamma och icke smittsamma patienter.
- Använd helst utrustning som bara är till för en person, till exempel gummi-band i stället för hantlar. Om det inte går, se till att utrustningen är rengjord och märkt med smittorisk innan du hanterar och återlämnar den.

Bedömning och uppföljning:

- Använd sedvanliga skattningsskalor, bedömningsinstrument och utvärderingsinstrument för att bedöma behovet av rehabilitering efter covid-19, och effekten av de rehabiliterande insatserna på kort och lång sikt. Sammanställ resultatet i en rehabiliteringsplan.
- Gör individuella vårdplaner med information om vårdnivå och behov av samverkan, behandling och vidare behandling vid förändrat hälsoläge. Du kan skatta patientens skörhet med till exempel Clinical frailty scale (CFS), när du bedömer förmågan att klara av en behandling.
- Uppmärksamma patienter med sena covid-19-symtom, till exempel neurologiska eller kognitiva symtom. De kan behöva remiss till en specialist eller till specialistrehabilitering.

Rehabiliteringspassens längd: Planera hellre för flera korta pass med rehabiliterande insatser än ett långt. Många patienter som har haft covid-19 är extremt trötta, både patienter med och utan tidigare sjukhusvård (inklusive intensivvård).

Kommunikation med patienter: Var tydlig med vem du är, vad du ska göra och varför du gör det. Patienter som har fått intensivvård länge kan till exempel uppleva ett akut förvirringstillstånd och har ofta fragmentariska, starka och svåra minnesbilder av vårdtiden.

För personal på särskilda boenden

Bedömning och uppföljning:

- Uppmärksamma om boende som har haft covid-19 behöver fortsatt stöd till andningsträning, nya hjälpmedel, fortsatt nutritionsbehandling, samtalsstöd eller andra insatser för att återfå eller bibehålla sin funktionsförmåga.
- Remittera till legitimerad personal utanför den kommunala hälso- och sjukvården om det behövs. Denna personal kan ge specifik konsultation,

och till exempel se över och revidera personens genomförandeplan och vårdplan.

- Uppmärksamma boende med sena covid-19-symtom, till exempel neurologiska eller kognitiva symtom. De kan behöva bedömas av läkare för ev remiss till en specialist eller till specialistrehabilitering.

Kommunikation med boende: Var tydlig med vem du är, vad du ska göra och varför du gör det. Personer med andra sjukdomar eller skörhet på grund av hög ålder kan ha kognitiva nedsättningar som försvårar kommunikationen.

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 och vid behov konsultera personal inom specialiserad vård.

Generellt om funktionstillstånd i samband med covid -19

Under och efter-covid-19 infektion

- Långt ifrån alla covid-19 patienter vårdas på sjukhus. Många äldre personer har vårdats i sitt ordinära boende eller i sitt vård- och omsorgsboende, vilket ställer krav på personalen att ha kunskaper om infektionen och vilka behov av eftervård och rehabilitering som kan följa. Symtomen på covid-19 kan skapa stor oro hos den som är sjuk, varför en generell insats från personalen kan vara att skapa en lugn och trygg miljö.
- Allmäntillståndet kan försämrans snabbt så personalen behöver vara uppmärksam på hur personen reagerar under mobilisering och i samband med de rehabiliterande insatserna.
- En äldre person som är eller har varit sängliggande pga. covid-19 förlorar på mycket kort tid en stor del av sin muskelmassa. Detta försämrar också balansförmågan och ökar risken för fall.
- Även isolering och minskad möjlighet till promenader och annan fysisk aktivitet pga. covid19 kan snabbt leda till försämrad styrka och balansförmåga och därmed öka risken för fall och fallskador.

Efter covid-19 infektion

- En individuell bedömning av den enskilda personens rehabiliteringsbehov och funktionsförmåga efter covid-19 behöver göras och i samband med det även fråga om personen fått vård på intensivvårdsavdelning eller legat i respirator. Detta för att tidigt identifiera personer som eventuellt kan ha symtom på PICS eller andra allvarligare sjukdomssymtom kopplade till covid-19 och som kan behöva stöd från ett multiprofessionellt team för att få sina rehabiliteringsbehov tillgodosedda.
- Primärvården behöver följa upp de covid-19 patienter som haft acute respiratory distress syndrome (ARDS). De som drabbats av ARDS har en okänt respiratoriskt status på sikt, vilket gör att dessa patienter kommer behöva följas upp av primärvården och remitteras vid behov enligt de lokala rutinerna.
- Patienter som har fått vård inom slutenvården och fått intensivvårdsbehandling under lång tid kan uppleva akut förvirringstillstånd och ha fragmentariska, starka och hemska minnesbilder av tiden. Det är också vanligt att patienterna är extremt trötta och även nedstämda efter intensivvårdsbehandling. Detta kan behöva identifieras och stödjars av regionens primärvård.
- När rehabiliterande insatser planeras och genomförs kan alternativa arbetssätt behöva övervägas. Exempelvis kan gruppaktiviteter vara alternativ till individuella aktiviteter utifrån tillgång till rehabiliteringskompetens, lokaler och patienters behov av insatser.
- Digitala insatser kan vara alternativ till fysiska möten för att kommunicera med patienter om deras rehabilitering eller mellan personal för att stämna

	av eller för att instruera personal i särskilda boenden om rehabiliterande insatser.
--	--

Insatser vid andnings- och sekretmobiliserande tekniker

Område	Bedömning och rehabiliterande insatser
Under covid-19 infektion	<ul style="list-style-type: none"> Var vaksam på hur patienten mår. Patienterna har ofta mycket snabb andning, och allmäntillståndet kan försämrast snabbt. Uppmana patienten att i möjligaste mån vara i upprätt position och fysiskt aktiv efter ork. Att dricka vatten, andas genom näsan och mot lätt sluten läppandning kan lindra hosta. Generellt behövs inte andningsträning och slemelimineringstekniker. I liggande läge kan framstupa sidoläge underlätta dränering av sekret. Om patienten kan hosta upp slem själv behövs ingen annan insats. Ge extra stöd i ett tidigt skede om det behövs till 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 lätt sluten läppandning, för att öka lungvolymen och förbättra andningsmönstret. Aktiva armlyft med en eller båda armarna kan också underlätta. Om patienten inte kan hosta upp slem: Använd slemmobiliserande tekniker, t.ex. PEP i kombination med huffing eller kontrollerad hosta samt positionering i liggande. <p>Försiktighetsåtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Använd full skyddsutrustning mot smittspridning. Patienten bör behandlas och tränas på sitt eget rum Undvik PEP-flaska med vatten på grund av smittorisken vid aerosolbildning.
Efter covid-19 infektion	<ul style="list-style-type: none"> Uppmuntra i första hand till fysisk aktivitet utifrån patientens ork och förmåga för att underlätta andning och eventuell sekretmobilisering. Utnyttja upprätta positioner och rörelser, antingen i sängen som släpncykling och armrörelser eller i sittande på sängkanten, på en stol eller i stående. Utifrån patientens förmåga kan andningstekniksträning bestå av djupandning, motståndsandning i form av sluten läppandning eller PEP munstycke och eventuellt inspiratorisk muskelträning (IMT). Vid behov även huff-teknik för att underlätta sekretmobilisering. Uppmuntra till rörelse- och cirkulationsträning av axlar, skuldror och bröstrygg.

Insatser vid röst- och talproblem

Område	Rehabiliterande insatser
Röst	<ul style="list-style-type: none"> Vid kvarstående röstproblem efter respiratorvård hänvisa till utredning av stämbandsfunktion. Röst/talbehandling och rådgivning vid behov.
AKK	<ul style="list-style-type: none"> För personer i behov av Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK). Komplettera ordförandet så att det går att kommunicera kring erfarenheter i samband med Covid-19
Afasi	<ul style="list-style-type: none"> Om språk/talförmågan påverkats efter en stroke remitteras till afasiutredning.


Insatser vid mobilisering och fysisk träning

Område	Rehabiliterande insatser
--------	--------------------------

Under covid-19 infektion	<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 syresättningen. • Vid långvarigt sängläge: Hjälpt patienten att sitta upp och om möjligt utföra aktiva rörelser i sängen, t.ex. fottramp, sängcykling och armrörelser. • Utför passiva rörelser åt patienten om det behövs. Du kan t.ex. böja och sträcka patientens höft-, knä- och fotleder, liksom arm- och handleder. <p>Personal och arbetssätt: Där så är aktuellt kan åtgärden primärt utföras av omvårdnadspersonal. Rehabiliteringskunnig personal kan fungera som stöd och utbilda övrig personal.</p> <p>Försiktighetsåtgärder: Skyddsutrustning? Nivå bör anges. Mobilisering innebär så gott som alltid fördjupad andning och hosta.</p>
Efter covid-19 infektion	<ul style="list-style-type: none"> • Introducera aktiv progressiv mobilisering tidigt, t.ex. rörelser i sängen, förflyttning från liggande till sittande, sittande balans, sittande till stående, gångträning och balans. Gånghjälpmiddel kan behövas i början. • Initialt är målet att återfå funktioner för att klara aktiviteter i dagliga livet och därefter succesivt återgå till funktion som innan insjuknandet i covid-19. • Observera om patienten får yrsel, andningssvårigheter eller andra symtom under aktiviteter. • Fler korta pass med lågintensiv träning är bättre än ett långt i början. • Stegra träningen succesivt med olika intensitet: uthållighet med lägre intensitet under längre tid jämfört med högre intensitet och kortare tid. • Du kan följa upp puls och egenskattad ansträngning under fysisk träning för att hitta lagom nivå på belastningen (Borgs RPR eller CR10 skattningsskalor). <p>Personal och arbetssätt: Personal med rehabiliteringskompetens ska bedöma personens funktion och behov av rehabilitering, och där så är aktuellt genomföra insatser tillsammans med övrig vårdpersonal.</p>
Rörlighet	<ul style="list-style-type: none"> • Låt patienten göra rörlighetsövningar framför allt för nacke, bål och skuldror.
Muskelstyrka	<ul style="list-style-type: none"> • Låt patienten träna stora muskelgrupper framför allt i säte och ben men också av bål- och skulder-muskler. Individanpassad belastning utifrån ork och möjlighet. Patienten kan t.ex. utföra släpncykling och raka benlyft i sängen, och sedan successivt resa sig från sittande till stående upprepade gånger. Externa vikter kan också inkluderas i träningen. • Ta fram ett individuellt träningsprogram med instruktioner till patienten och stegra träningen succesivt vad gäller intensitet och belastning samt svårigheten på övningarna. • Ge eventuellt instruktion i släppandning. Det kan ibland underlätta andningen vid fysisk aktivitet. • Hos kraftigt försvagade patienter med hypotrofierad muskulatur i nedre extremiteterna kan daglig användning av neuromuskulär elektrisk stimulering (NMES) övervägas.
Balans	<ul style="list-style-type: none"> • Träna balans i sittande, stående och vid gång. Om möjligt variera vissa övningar med och utan synintryck. Mjuka, ojämna eller rörliga underlag kan också användas. Balans främjas också av styrketräning i nedre extremiteten och bålen. Test: TUG
Konditions- och aktivitetskapacitet	<ul style="list-style-type: none"> • Utifrån förmåga träna aktiviteter som belastar kardio-vaskulära systemet, syreupptagningsförmågan. Successivt öka uthålligheten och sedan intensiteten. • Slutna läppandning kan fungera som andningsstöd vid fysisk aktivitet. • Funktionella övningar som promenader, trappgång och träningscykel eller siffcykel kan vara alternativ. • Cirkelträning i grupp kan också vara ett alternativ

Förflyttningsförmåga	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten ska initialt att träna förflyttningar inomhus för dagliga aktiviteter, därefter successivt utomhus och i olika terräng. Eventuella gånghjälpmedel kan behövas. Test: TUG
Smärtlindring	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiv mobilisering kan fungera som smärtlindring. TENS (transkutan elektrisk nervstimulator) kan övervägas. Patienten kan t.ex. skatta sin smärta utifrån VAS (visuell analog skala) eller NRS (numerisk skala).
Patienter som har stöd av annan personal i sin ADL	<ul style="list-style-type: none"> • Personal med rehabiliteringskompetens ska bedöma patientens funktion och behov av rehabilitering, och genomföra insatser tillsammans med övrig vårdpersonal. • Rutinmässig mobilisering i och ur säng, ADL och andra förflyttningar är all personals ansvar. Ett aktiverande arbetssätt där personen får vara så fysisk som möjligt i alla dagliga aktiviteter eftersträvas. • Mobilisera personen successivt från liggande till sittande på sängkant, stående och gående och var observant på om patienten blir yr. Var gärna flera personer som hjälps åt att stödja patienten initialt. • Specifik fysik träning kan utföras i sängen, i sittande eller i stående utifrån förmåga. Försök aktivera hela kroppen.

Aktiviteter i det dagliga livet (ADL) och hjälpmedel

Område	Bedömningar och rehabiliterande insatser
ADL	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöm aktivitetsförmågan och behovet av stöd för dagliga aktiviteter. • Instruera om förflyttningsteknik för patient och vårdpersonal där så behövs. • Inled med försiktig träning av dagliga aktiviteter och energibesparing. • Ge information och strategier om hjärntrötthet och energibesparande aktiviteter. • ADL träning utifrån personens förmåga. • Instruera patient och vårdpersonal om hur personen stöds att vara aktiv och delaktig • Ge förslag på nödvändiga anpassningar i ordinarie boende för att patienten ska kunna bo hemma och få rehabilitering.
Hjälpmedel	<ul style="list-style-type: none"> • Prova ut t.ex. en komfortstol 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 om förflyttnings och ADL- hjälpmedel • Ge tryckavlastning till exempel med antidecubitusmadrass, om patienten behöver det. Om patienten inte själv kan vända sig i sin säng använd vändschema och stimulera till egen aktivitet. • Vid svullen hand: högläge och rörelseträning i första hand. Bedöm behov av ytterligare åtgärd såsom lindning eller utprovning av kompressionshandske <p>Försiktighetsåtgärd: Märk hjälpmedlen med smittorisk innan du hanterar och återlämnar dem. </p>

Insatser vid kognitiv nedsättning och psykologisk påverkan

Område	Bedömningar och rehabiliterande insatser
Under covid-19 infektion	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöm den känslomässiga och neuropsykologiska 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 vilket måste ombedörjas.
Patienter som har överlevt ARDS (akut	<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.

respiratoriskt stressyndrom)	<ul style="list-style-type: none"> • Upprepa muntlig information och ge skriftlig information om det behövs, om patienten verkar ha en kognitiv nedsättning. • En neuropsykologisk utredning kan behövas 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, mental 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).
Anhöriga till personer som har vårdats för covid-19	Ge psykosocialt stöd efter behov.

Insatser vid dysfagi (svårt att äta och svälja)

Område	Bedömningar och rehabiliterande insatser
Riskbedömning	<ul style="list-style-type: none"> • Riskbedömning för dysfagi rekommenderas för patienter med kraftigt nedsatt allmäntillstånd efter covid-19, ARDS eller respiratorisk svikt för att avgöra om det finns risk för felsväljning och aspiration. För patienter med kvarstående respiratorisk svikt är det viktigt att se att de kan koordinera andning och sväljning under en hel måltid. • Använd t.ex. instrumentet The standardised swallowing assessment – svenska (SSA-S) länk. SSA-S är även tillgängligt i Senior Alerts Riskbedömning (ROAG) • Riskbedömningen kan utföras av avdelningspersonal eller annan medicinsk personal.
Utredning	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter med misstänkt dysfagi utreds vidare av logoped eller öron-näsahals läkare, eventuellt med fiberendoskop.
Åtgärder	<ul style="list-style-type: none"> • För att underlätta en mer kontrollerad sväljning: hjälp patienten att ha en god upprätt sittställning, äta i lugnt tempo, koordinera andning och sväljning med särskilda strategier, hålla huvudet i en lämplig position och äta mat med anpassad konsistens, samt att sluta läpparna vid sväljning.. • Det är viktigt med förnyad bedömning av om insatta åtgärder är fortsatt indicerade.

Insatser vid nutritionsbehandling

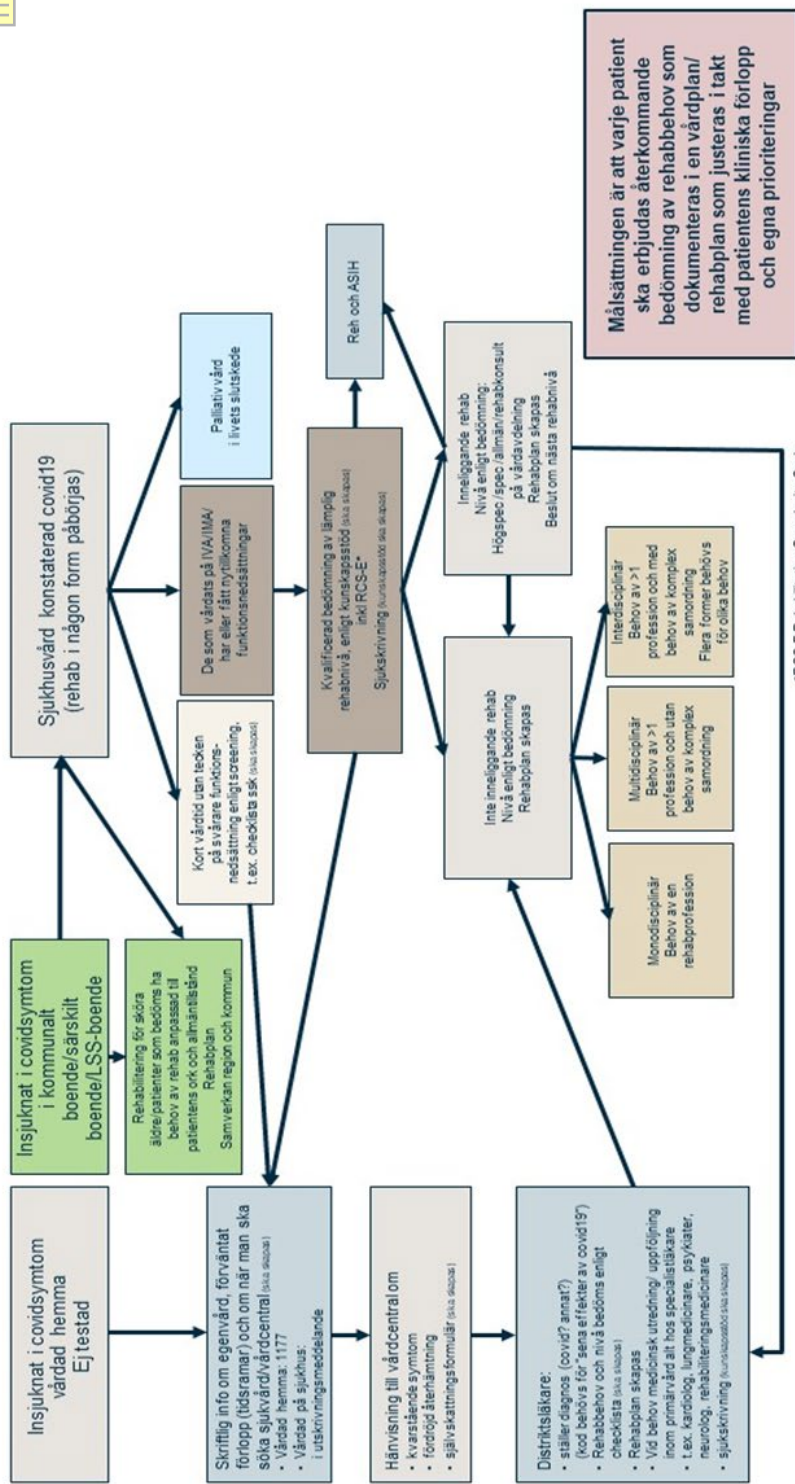
Område	Bedömningar och rehabiliterande insatser
Riskbedömning	<p>Följ regelbundet patientens aktuella vikt, ätsvårigheter och eventuell viktörlust, under och efter vårdtiden. Detta gäller även patienter med grav övervikt.</p> <p>Läs mer i ESPEN expert statement.</p>
Utredning	Eventuella mag- och tarmproblem och aspirationsrisk behöver inkluderas i nutritionsutredning. Dessa problem är ofta involverade i samband med covid-19, och kan påverka både näringsintaget och näringsupptag.
Ätsvårigheter	Bedöm i första hand möjligheten att öka det perorala intaget med energi- och proteintät kost, kostens konsistens och ett ökat antal måltider per dag.
Förhöjt energi- och proteinbehov	Observera att energi- och proteinbehovet kan vara förhöjt, relaterat till en infektion, feber och andningsfrekvens.
Medicinsk nutritionsbehandling	Överväg kosttillskott och enteral eller parenteral näringstillförsel, om peroralt intag inte är tillräckligt eller möjligt.
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 som ger ett tillskott av

	<p>400 kcal/dag och minst 30 g protein/dag, och som täcker behovet av vitaminer och mineraler.</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedöm även behovet av kosttillskott efter vårdtiden.
Enteral nutrition	<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. Det innebär lägre risk för både infektioner och komplikationer av infektioner.• Om patienten haft långvarig period utan eller med lågt näringsintag: Enteral och parenteral näringstillförsel behöver introduceras försiktigt, och ökas succesivt. Tätt uppföljning är viktig under uppstarten.• Bedöm även behovet av enteral näringstillförsel efter vårdtiden.
Hantering av mat	<p>Det finns i nuläget ingenting som tyder på att viruset kan spridas genom att man äter mat eller dricker vatten. Offentliga kök kan ändå minska smittspridningen, framförallt genom att säkerställa att trängsel inte uppstår enligt SKR. Livsmedelsverket bedömer att det inte behövs särskilda hygienråd för livsmedelshantering med anledning av covid-19. Ordinarie hygienrutiner kan följas för hantering av mat. Länkar för mer läsning finns i avsnittet <i>För ytterligare information om covid-19 och rehabilitering</i></p>

Flödesschema för när bedömning kan ske

- Flödesschemat finns på nästa sida.
- Bilden illustrerar på ett övergripande sätt när i en patients vårdförlopp som bedömning av rehabiliteringsbehov och/eller 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 och i en rehabiliteringsplan som justeras i takt med patientens kliniska förlopp och egna prioriteringar.
- Olika livssituationer och egna prioriteringar gör att rehabiliteringsplanering 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.

Framtaget av NPO rehabilitering på uppdrag av Socialstyrelsen



*RCS-E Rehabilitation Complexity Scale

Läs mer om covid-19 och rehabilitering

1177: Covid-19 – coronavirus

<https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/lungor-och-luftvagar/inflammation-och-infektion-ilungor-och-luftror/covid-19-coronavirus/>

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 forskningsdatabas:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>

IHI- kunskapsbas

http://www.ihl.org/Pages/default.aspx?utm_campaign=COVID-19&utm_medium=email&_hsmi=87653097&_hsenc=p2ANqtz-_5swfzeog6H58mLLelkzMBngm3GKff31ewC4uwQGdKtltJ1N-MlegmugioKYRbR9PsdjWn&utm_content=87653097&utm_source=hs_email

Stöd för kodning, se Socialstyrelsens webbplats:

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icd-10/>

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg

Arbetsmiljöverkets föreskrift (AFS 2018:4) under t.ex. ”Läs mer om covid-19 och rehabilitering”.

Utbildningar och material, Socialstyrelsen *Till dig som arbetar inom vård och omsorg – covid -19, Hindra smittspridning och använda skyddsutrustning.*

Svensk förening för rehabiliteringsmedicin

<http://sfrm.se/covid-19/>

Livsmedelsverket om offentliga kök med anledning av coronavirus.

<https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/bakterier-virus-parasiter-och-mogelsvampar1/coronavirusSKR> Information till offentliga kök med anledning av covid-19:

<http://offentligsakermat.se/informationtilloffentligakokmedanledningavcovid19.629.html>

SKR Covid-19 och det nya coronaviruset

<https://skr.se/covid19ochdetnyacoronaviruset.31764.html>

Sveriges Arbetsterapeuter- arbetsterapeutens kompetens inom 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

- Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd I hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen. 2020.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikel-katalog/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.
- Clinical Frailty Scale (CFS): <https://liu.se/artikel/instrument-att-skattas-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>
- 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>
- 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 Otology, 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 Physiatry: 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 setting) in covid-19 survivors (Version April 3, 2020. <https://www.ersnet.org/covid-19-blog/covid-19-and-rehabilitation>
 - 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.
 - 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>
 - Smith, JM. Lee, AC. Zeleznik, H. Coffey Scott, JP. Fatima, A. Needham, DM. Ohtake, PJ. (2020) Home and Community-Based Physical Therapist Management of Adults With Post-Intensive Care Syndrome. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa059>

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring
- 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/arbetssatt-kommunal-halso-och-sjukvard-covid19.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>