Närvård i Sörmland
Regionen och kommunerna i samverkan

Rutin uppföljning och rehabilitering covid-19 primärvård

Rutin för vårdcentral och kommun avseende uppföljning och rehabilitering av patienter med genomgången Covid-19 infektion

Beslutat i Länsstyrgrupp
2020-05-27
Reviderad
2021-04-26

Beslutad av
Länsstyrgruppen

Datum
2020-05-27

Reviderat 2020-04-26

Dokumentnummer
Klicka
här för att
ange text.

Innehåll

Rutin för vårdcentral och kommun avseende uppföljning och rehabilitering av patienter med genomgången Covid-19 infektion 2
Inledning 2
Målgrupp 3
Riktlinjer för hemgång 3
Utskrivning från sjukhus 3
Uppföljning vårdcentral och kommun 3
Arbetsflöde patienter vårdats i hemmet 4
Arbetsflöde utskrivning från sjukhus 4
Läkaruppföljning och medicinsk bedömning 4
Omvårdnadsuppföljning och behandling 5
Fysioterapeutisk uppföljning och behandling 6
Arbetsterapeutisk uppföljning och behandling 7
Psykologisk uppföljning och behandling 7
Dietist uppföljning och behandling 8
Rehabkoordinator 9
Patientinformation om träning 9

Beslutad av
Länsstyrgruppen

Datum
2020-05-27

Reviderat 2020-04-26

Dokumentnummer
Klicka här för att ange text.

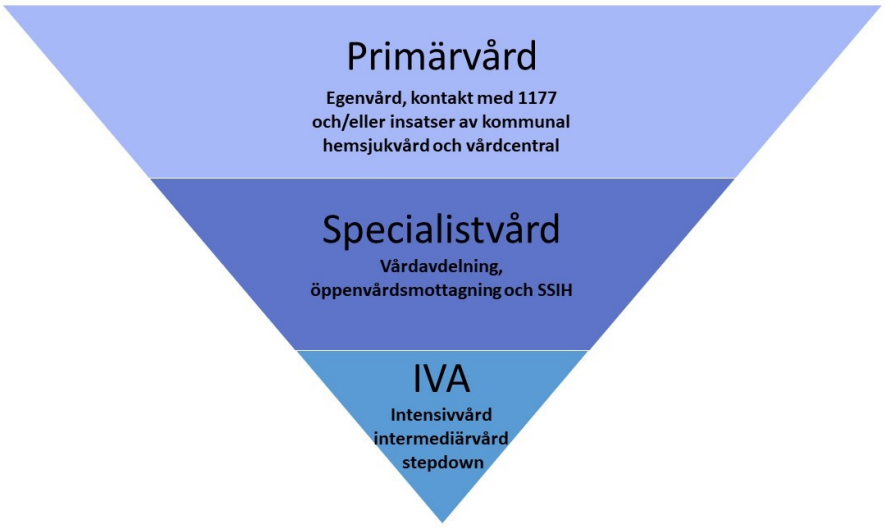
Rutin för vårdcentral och kommun avseende uppföljning och rehabilitering av patienter med genomgången Covid-19 infektion

Denna rutin gäller uppföljning och rehabilitering av patienter efter covid-19 infektion och som bedöms ha behov av uppföljning i primärvården (region och kommun). Målgruppen för rutinen är patienter som vårdats i hemmet, samt patienter som har behov av uppföljning och rehabilitering efter sjukhusvistelse.

Inledning

För många patienter som varit sjuka i covid-19 är vägen tillbaka lång, både för dem som vårdats länge på sjukhuset och i hemmet. Det finns beskrivningar av omfattande besvär med muskelsvaghet, trötthet och orkeslöshet i kombination med kognitiva och minnesstörningar, uppmärksamhet och koncentrationssvårigheter lång tid efteråt. Det är viktigt att stötta i den långdragna rehabiliteringen och påminna om att det tar tid. **Mätningar bör inte ske för ofta då detta kan stressa istället för att motivera och belysa framstegen.**

Behovet av tvärprofessionell uppföljning och rehabilitering kan vara stort på grund av en lång återhämtningsperiod. För de som vårdats på IVA kommer rehabilitering inledningsvis utgå från specialistnivå. Rutin för rehabilitering specialistnivå Uppföljning och rehabilitering för sjukhusvårdade patienter På primärvårdsnivå kommer rehabilitering att ske både på vårdcentral och i kommunal hemsjukvård. ***Det tvärprofessionella teamet runt patienten är en förutsättning för all rehabilitering och den sker i nära samverkan mellan region och kommun***. Där det är möjligt erbjuds digitala kontakter för de personer som önskar och som kan tillgodogöra sig sådan information. **Det är största vikt att uppföljning och rehabilitering sker utifrån varje individ och hens behov och målsättningar.**



Målgrupp

- Patienter som vårdats i hemmet med egenvård, följs upp efter kontakt med vårdcentralen.
- Patienter som vårdats i hemmet med insatser från vårdcentraler och kommun, uppföljning sker på primärvårdsnivå.
- Patienter som har vårdats på vårdavdelning och där uppföljning sker på primärvårdsnivå (vårdcentral och kommun).

Riktlinjer för hemgång

Inför hemgång utgör riktlinjerna för Trygg och effektiv samverkan grunden för all planering. Målsättningen är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset. En trygg och säker utskrivning från slutenvården ska bygga på delaktighet och samtycke från patienten. Det samlade behovet av insatser efter hemgång samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats ska klargöras inför utskrivning. Personalen ska särskilt beakta anhörigas delaktighet, utifrån samtycke från patienten.

Utskrivning från sjukhus

Utgå från det gemensamma covid-19 rutinen under rubriken för utskrivning från sjukhus, nedanstående text återfinns i Rutiner för SARS-Cov-2 infektion/covid-19 i Region Sörmland under rubriken Utskrivning från sjukhus

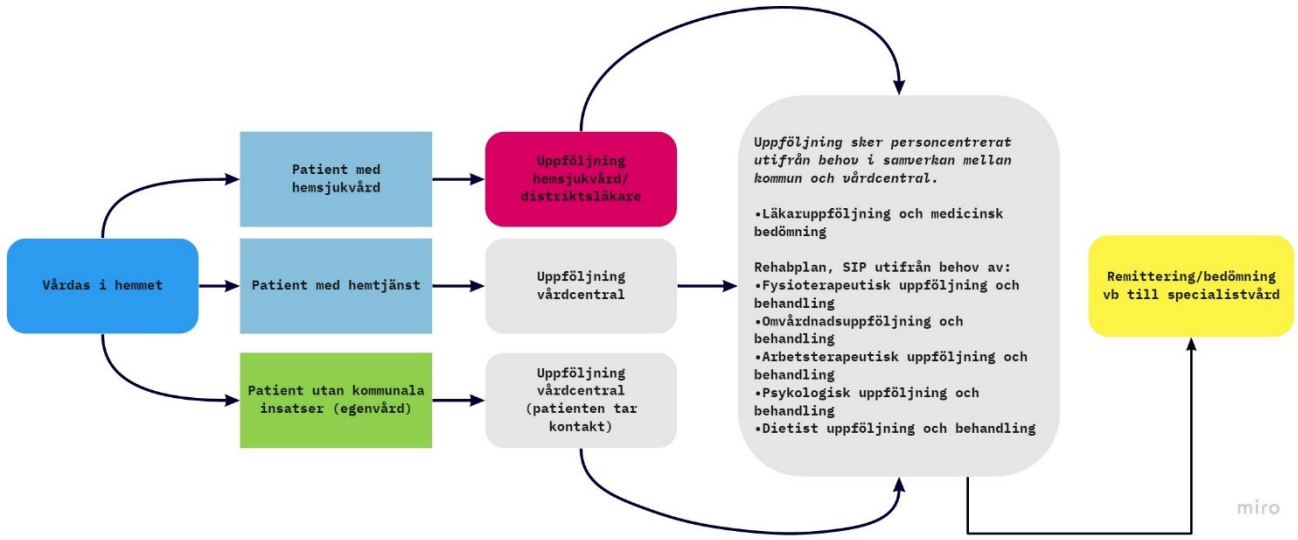
I samband med att patienten lämnar sjukhuset ska följande vara färdigt:

- Remiss till öppenvård, Remissen bör innehålla konstaterat datum för covidinfektion samt uppgifter om kvarstående smittsamhet och symtom. Remiss behöver skickas senast samma dag som patienten skrivs ut.
- Medicinsk epikris/slutanteckning
- Utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista. Remiss och epikris/slutanteckning måste prioriteras att skrivas ut innan patienten lämnar sjukhuset.
- Rehabilitering, säkerställ att fysioterapeutisk behandling med instruktion medföljer patienten och eventuell överrapportering via prator till paramedicin i kommunen.
- Utskrivningsrapport i prator anges utförda och planerade åtgärder, allmän omvårdnad, datum för konstaterad covid-19 infektion. Om patienten bedöms vara symtomfri ange datum samt information om inskränkt behandling finns.

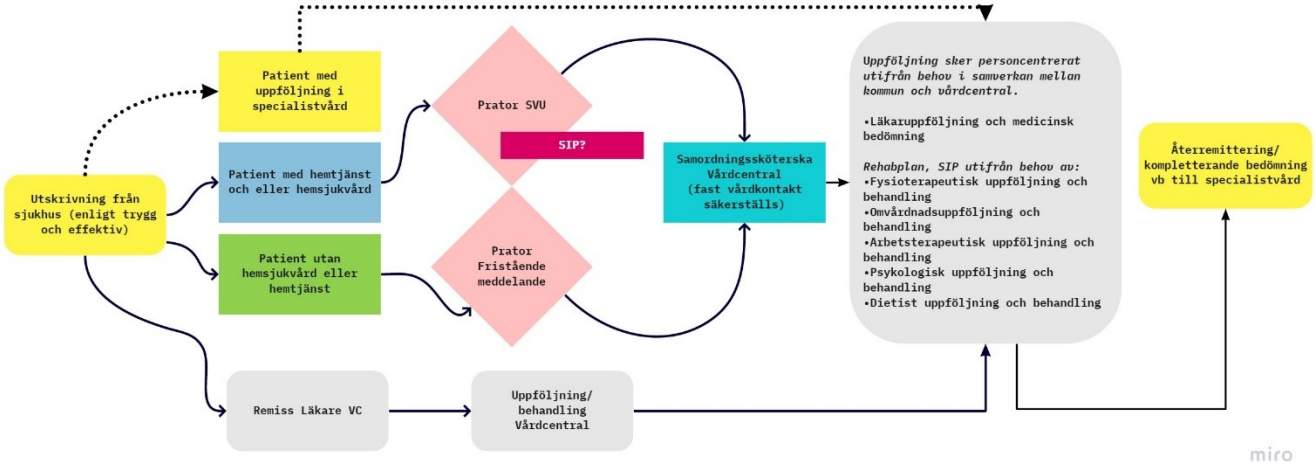
Uppföljning vårdcentral och kommun

Varje vårdcentral och kommun, får utifrån patientens behov utforma tvärprofessionella team för poliklinisk uppföljning och rehabilitering av patienter efter covid-19 infektion. Det tvärprofessionella teamet ska kunna erbjuda uppföljning och rehabilitering utifrån individens behov. Detta kan innebära samverkan över huvudmannagränser och vårdnivåer. Utifrån patientens behov sätts teamet samman och en gemensam överenskommelse görs i vilka former träning och rehabilitering kan ske, tex digitalt, hembesök eller på mottagning (individuellt eller i grupp). Samtliga patienter ska erbjudas fast vårdkontakt och där behov finns upprättas en SIP. Nedan följer olika professioners uppföljningsansvar med förslag på åtgärder och bedömningsinstrument som kan vara till hjälp

Arbetsflöde patienter vårdats i hemmet



Arbetsflöde utskrivning från sjukhus



** En patient kan vara aktuell för uppföljning i specialistvården och samtidigt ha hemsjukvård och/eller hemtjänst.*

Läkaruppföljning och medicinsk bedömning

Patienter som vårdats i hemmet

Patienter som har vårdats hemma behöver också gå igenom en medicinsk uppföljning utifrån olika parametrar. Det kan föreligga statusfynd som talar för smärta, andningsbesvär, kognitiva besvär, psykisk dysfunktion med mera. Det är ytterst viktigt med en bra anamnestagning och statusgenomgång.

Åtgärder

- Klinisk bedömning
- Provtagning: blodstatus, Na, K, Kreatinin och i särskilda fall leverprover

- Vid indikation på hjärtrusning/ arytmikänsla/bröstsmärtor ska alltid EKG tas
- Beroende av den kliniska bedömningen - ställningstagande till spirometriundersökning, eventuellt kontakt eller remiss till lungmottagning
- Ställningstagande till mer riktad behandling beroende av kliniska fynden samt eventuell vidare remittering om sådana behov finns.

Patient som vårdats på sjukhus
Uppföljning görs efter 4- 6 veckor efter utskrivning då patienten är remitterad till vårdcentralen. Remissen ska innehålla information om smittfrihet, eventuellt körförbud, antikoagulationsbehandling, smärta, nutrition, psykisk dysfunktion och eventuell pågående sjukskrivning. Majoriteten av patienter med Covid -19 infektion har visat tecken till sekundär anemi. Om patienten visar kvarstående kliniska symtom i form av andningssvårigheter rekommenderas spirometriundersökning och därefter telefonkontakt med lungmottagning eller remiss.

Åtgärder
- Klinisk bedömning
- Provtagning: blodstatus, Na, K, Kreatinin och i särskilda fall leverprover
- Ställningstagande till spirometriundersökning
- DT-thoraxundersökning när utskrivande läkare begärt detta via remiss
- Eventuell kontakt eller remiss till lungmottagning

Läkaren är också tillgänglig för råd och konsultation för andra personalkategorier som ingår i rehab teamet.

Omvårdnadsuppföljning och behandling

Samordningssköterska/ sjuksköterska på vårdcentral och /eller i kommunen ansvarar för att se över omvårdnadsbehovet och planera åtgärder samt samordna individuella insatser. Utifrån patientens behov görs bedömningar och åtgärder sätts in för att förebygga och lindra besvär. Tänk in alla professioner. Länk till intervjustöd finns på s.9

Åtgärder
- Trygghetsskapande samtal efter utskrivning (patienter i prator) telefonuppföljning kan kompletteras med besök
- Skapa en helhetsbild av vad patienten och närstående önskar samt hur situationen ser ut ur ett omvårdnads och hälsofrämjande perspektiv
- Bedöm patienternas risker med hjälp av Senior alert (fall, undernäring, munhälsa, trycksår, blåsfunktion och rehabiliteringsbehov)
- Frågor kring ätsvårigheter, aktuella vikt (BMI), och eventuell viktförlust bör ställas. Riskbedömning för undernäring är av stor vikt för patientgruppen. Detta gäller även patienter med grav övervikt.
- Avstämning av kognitiv förmåga, psykisk hälsa, ADL-förmåga samt rehabiliteringsbehov och hjälpmedel
- Dynamisk spirometri kan användas vid besök på vårdcentralen (utförs av KOL-sjuksköterska)

- Säkerställ fast vårdkontakt
- Utforma omvårdnadsplan
- Vid behov upprätta SIP i Prator
- Ge stöd för hälsofrämjande åtgärder samt egenvård
- Vid behov involvera ytterligare professioner

Fysioterapeutisk uppföljning och behandling

De initiala insatserna bör koncentreras på andningsträning, slemmobilisering och återgång till vardagliga fysiska aktiviteter. Med fördel kan djupandning och träning i olika andningsteknik testas tillsammans med huff-teknik för slemmobilisering och enkla rörelseprogram för att bibehålla rörligheten runt andningsmuskulaturen. Motivera patienten att återgå till sina vardagliga aktiviteter så långt som möjligt. Senare är det viktigt med introducering av kondition och styrketräning.

Åtgärder

- Bedöm andningsfunktion
- Andningsmuskelstyrka (MIP/MEP) Manometer krävs Andningsträning sjukgymnastik/fysiotrapi rehabilitering covid-19
- mMRC, används vid upplevd andnöd. Självskattning som kan användas vid bedömning och sedan som uppföljning efter en tids rehabilitering. mMRC Mätning av Dyspné
- Chair Stand Test- Räkna antal uppresningar från en stol under 60 sekunder. Notera hur många uppresningar personen gjort vid 30 sekunder men fortsätt testet till 60 sekunder. Uppresningen ska ske utan frånskjut med händerna till rakt stående och sätta sig igen. Testet ska utföras till rakt stående, inte ok att bara lyft rumpan från stolen och sätta sig igen Armarna hålls i kors över bröstet och fötterna parallella. Stol med standardiserad höjd (45 cm) och ett tidtagarur.
- Fysisk aktivitet Frändin/Grimby utvärderingsformulär för senaste året Fysisk aktivitet Frändin/Grimby
- Fysisk aktivitet Saltin/Grimby utvärderingsformulär för senaste veckan Fysisk aktivitet Saltin/Grimby
-
- Uthållighet genom 6 minuters gångtest, konditionstest (6MWT)
- Handstyrka, JAMAR
- Balans, Timed up and go (TUG)
- Bedömning av arbetsförmåga relaterad till fysisk kapacitet (TIPPA)
- Förflyttningsförmåga, relaterat till tidigare nivå och eventuellt förändrade individuella förutsättningar.
- Hjälpmedel, gånghjälpmedel
- Rökavvänjning
- Utforma mål och aktiviteter
  PSFS- Patientspecifik funktionell skala
- Vid lägesändring, mobilisering- och andningsträning används saturationsmätning vid behov

- Positioneringskuddar (finns att förskriva från hjälpmedelscentralen)
- Vid behov upprätta SIP i Prator

Arbetsterapeutisk uppföljning och behandling

Insatserna kommer att variera beroende på personens förutsättningar, behov och symtom. Arbetsterapeuten kommer att kunna erbjuda andningshjälp, positionering, lägesförändring, hjälpmedel för att stötta lägesförändringen, träning av fysiska och kognitiva förmågor, ADL, energibesparande åtgärder, fatigue management samt att få balans i sin vardag.

Åtgärder

- Bedöm aktivitetsförmåga, och kognitiv förmåga i aktivitet och behov av stöd för att klara vardagliga aktiviteter. MOCA eller RUDAS (tidigast 3 v efter IVA-vård) görs efter dialog med ansvarig läkare.
- ADL-bedömning, ADL-Taxonomin
- Handstyrka, JAMAR
- Hand, ödemhandskar /behandling
- Ta fram förslag på nödvändiga anpassningar i hemmet, hembesök görs vid behov (vid utskrivning från sjukhuset görs hembesök av specialistvården om det är nödvändigt för att säkerställa den första tiden hemma)
- Instruera och ge råd till patienten om hur hen kan vara aktiv och delaktig i sin situation.
- Prova ut och förskriva hjälpmedel som behövs för att förflytta sig och vara aktiv och delaktig
- Instruera om positionering, vilolägen (positioneringskuddar, finns att förskriva från hjälpmedelscentralen)
- Ge information och strategier om hjärntrötthet och energibesparing.
- Trycksårsprofylax genom tryckavlastning.
- Handleda och instruera närstående att vara delaktiga i de arbetsterapeutiska insatser som sker i hemmet.
- Vid behov upprätta SIP i Prator
  Uppföljning vid trötthet efter covid- 19

  Uppföljning vid trötthet efter covid- 19
  Arbetsterapeutisk uppföljning i öppenvård och primärvård

Psykologisk uppföljning och behandling

Vårdcentralernas psykosociala team kan utifrån EDI-remiss eller framkomna behov erbjuda bedömningssamtal för att identifiera olika depressions- eller ångesttillstånd, exempelvis paniksyndrom eller hälsoångest, samt akuta stressreaktioner och posttraumatiskt stressyndrom, (PTSD). Tidsavgränsade krisstödsinsatser och eventuell psykologisk behandling erbjuds utifrån fastställda behov efter bedömningssamtal. Personalen i de psykosociala teamen bör även vara

tillgängliga för rådgivning och konsultation till annan personal avseende psykologiska aspekter i rehabiliteringsarbetet.

Åtgärder

- Psykologiska behandlingsinsatser bör främst koncentreras till psykopedagogisk undervisning, exponeringsbehandling samt beteendeaktivering för fungerande återgång till ordinarie fysiska och vardagliga aktiviteter och rutiner.

- Om patienten framför subjektivt upplevda förändringar av personlighet och funktionsförmågor efter Covid-19 gällande kognitiva förmågor, exempelvis minne och koncentration, ska psykosocial personal anamnestiskt undersöka och journalföra dessa fynd.
- För initial screening och i löpande uppföljning och vid avslut av en behandlingsserie används med fördel självskattningsformulären PHQ-9 och GAD-7 för att följa och utvärdera behandlingseffekterna. Komplettera gärna med andra diagnosspecifika mått utifrån patientens problembild, till exempel PCL-5 eller PCL-S vid misstänkt PTSD. (Självskattningsformulären kan hittas via Vård och insatsprogrammen; Nationella vård- och insatsprogram (vardochinsats.se) och via de länkarna som finns under ”Om tillståndet”. För övriga formulär, normer och rättningsmallar se även Informationsdatabas för formulär - fBanken.se
- Vid behov konsultera eller remittera till neuropsykolog i specialistvården.
- Vid behov upprätta SIP i Prator

Dietist uppföljning och behandling

Många patienter har i samband med Covid-19 drabbats av viktförlust till följd av ätsvårigheter i samband med sjukdomsperioden. Viktnedgång vid sjukdom är främst orsakad av förlust av muskelmassa. Förlust av muskelmassa och nedsatt ork pga. lågt energiintag kan försvåra rehabiliteringen i efterförloppet av covid-19. Maten är en viktig del i återhämtningen för att klara av träning med fysioterapeut, arbetsterapeut samt dagliga aktiviteter. Ätsvårigheter som många patienter drabbats av är nedsatt aptit, illamående, smak- och luktförändringar, nedsatt ork att äta, muntorrhet och i vissa fall även svårigheter att svälja. Det är av stor vikt att patienterna kontinuerligt följs upp med avseende på vikt, ätsvårigheter och viktförlust i efterförloppet. Detta gäller även patienter med grav övervikt. Patienter som har gått ner ofrivilligt i vikt, har ett lågt BMI eller uppger ätsvårigheter bör få dietistkontakt.

Åtgärder

- Dietist bedömer energi- och proteinintag samt matens näringssammansättning och ger individuell rådgivning för att vid behov öka intaget. I första hand bedöms möjlighet att öka intaget per os med energi- och proteintät mat och anpassad måltidsordning.
- Dietist kan även vid behov förskriva kosttillägg för att öka energi- och proteinintag. Dietist följer upp och utvärderar given nutritionsbehandling.
- Följa upp viktutveckling
- Vid behov upprätta SIP i Prator

För dietistkontakt kan EDI-remiss från vårdcentral skickas till dietistmottagningen KSK/MSE/NLN skickas.
För patienter i hemsjukvård kan kontakt initieras via fristående meddelande i Prator (funktionsbrevlåda dietistmottagningen KSK/MSE/NLN) bifoga gärna underlag för bedömning (vikt, längd, vikthistoria, typ av nutritionsproblem)

Rehabkoordinator

Rehabkoordinator kan fungera som koordinator för den interna samordningen för patienter i *arbetsför ålder (16-67 år)* då vårdcentralens läkare ansvarar för sjukskrivningen. Detta gäller för patienter som har behov av stöd gällande planering kring återgång till arbete eller arbetslivsinriktade insatser, ex då man är inskriven på arbetsförmedling och är arbetssökande.
Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning och som en integrerad del av vård och behandling. Personer som haft en allvarlig Covid-19 *men inte fått* intensivvård kan det bli aktuellt med rehabilitering och sjukskrivning, utifrån individens tillstånd och arbete. Samsjuklighet kan motivera längre sjukskrivningstid.

Åtgärder
Rehabkoordinator hanterar denna patientgrupp på samma sätt som övriga diagnoser med hög risk för långvarig sjukskrivning, vilket kan innefatta personligt stöd, intern samordning och extern samverkan. Till exempel tidig kontakt med arbetsgivare för att tillsammans involvera denne i planeringen för återgång till arbete. För ytterligare vägledning
https://samverkan.regionsormland.se/utveckling-och-samarbete/forsakringsmedicin/koordineringsinsatser-for-sjukskrivna-patienter/
gällande sjukskrivning hänvisas till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB), Socialstyrelsen Covid-19 (inkl de patienter som fått intensivvård med respiratorbehandling) | Rekommendationer och indikatorer (socialstyrelsen.se)

Intervjustöd

Gällande kognitiva förändringar har vi fått ta del av ett intervjustöd från Region Västernorrland Materialet inbegriper flera områden, flera relevanta frågor som kan indikera kognitiv förändring och eventuellt behov av vidare utredning. Intervjustödet kan användas av samtliga professioner för att sedan konsultera kollegor vid behov Intervjustöd vid uppföljning efter Covid-19

Patientinformation om träning

Framtaget träningsprogram för patienter finns att ladda ner på samverkanswebben.
Rehabilitering primärvård fysioterapi, patientinformation Träningsprogram finns nu även på arabiska, engelska, finska, persiska och somaliska på samverkanswebben

Mer information om rehabilitering vid covid-19 finns på samverkanswebben under rubriken rehabilitering (filmer och instruktioner) https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/smittskydd-och-vardhygien/a-o-lista-for-sjukdomar/corona-virus/

Reviderat

2021-04-21
Tillägg är gulmarkerade- bedömningsinstrument, undersökningar och länkar utifrån rekommendationer från Nationell arbetsgrupp, NAG Rehabilitering efter covid-19
2020-06-12
Nytt test tillagt under fysioterapeut -Chair Stand Test
Uppdaterad länk till socialstyrelsen under Rehabkoordinator

2020-06-26
Muskeltest, TST borttaget under fysioterapeut
Ändrad skrivning gällande DT-thoraxundersökning under läkaruppföljning, patient som vårdats på sjukhus
Nytt stycke gällande Intervjustöd
Gällande patientinformation och träning kompletterat med information gällande träningsprogram på flera språk

Beslutad av
Länsstyrgruppen

Datum
2020-05-27

Dokumentnummer
Klicka här för att ange text.

Reviderat 2020-04-26

Bilaga arbetsflöden

