



2020-06-08

Till ansvariga tjänstemän i Hälso- och
sjukvårdsförvaltningen HSF

Skrivelse till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Region Stockholm med anledning av rehabilitering efter covid-19

Bakgrund

Det är nu väl känt att många personer som har genomgått covid-19-infektion drabbas av diverse resttillstånd i olika hög grad. En aktuell beskrivning är att covid-19 skapar en *multisystemisk inflammatorisk respons* hos den drabbade personen, vilket ger upphov till symptom på andningsapparat, hjärna, hjärta, njurar med mera. Efter den första periodens symptom med störst påverkan på andningen, kan också neurologiska och kognitiva svårigheter tillstöta (Socialstyrelsen, 2020). Behöver patienten intuberas, drabbas man av resttillstånd efter intubering och nedsövning. Vid covid-19-behandling på IVA förekommer också försvårande omständigheter, t ex längre intuberings-/nedsövningstid, jämfört med genomsnittlig vårdtid på IVA. Efter intensivvård, har covid-19-patienter ofta kvarstående andningssvårigheter och påverkad lungfunktion, t ex cystiska lungförändringar och andfåddhet (RCSLT, 2020). Efter intensivvård kan man också drabbas av så kallad PICS (post intensive care syndrome med extrem trötthet, muskelsvaghet och kognitiva och psykologiska svårigheter). PICS är vanligt hos patienter efter långvarig mekanisk ventilation (Marra et al (2018) visade att 56 % hade någon kvarstående rest av PICS efter 12 månader). PICS har visat sig vanligt förekommande hos IVA-behandlade covid-19-patienter, där man också observerat multi-organ-svikt och ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) (RCSLT, 2020).

Andelen covid-19-patienter som är långvarigt intuberade är hög och återintubering efter försök till extubering förefaller vanlig, bl a beroende på akuta komplikationer i struphuvudet, som t ex ödem i stämband och under stämband och dessutom sårskador (McGrath et al, 2020a).

Patienter som har ett långvarigt behov av ventilation, kan behöva genomgå trakeotomi under sin intensivvård, för att påskynda urträning ur ventilator och möjliggöra mobilisering (Clinical Education and Training, Queensland Government, 2015). Antalet covid-19-patienter som får en trakeostomi ökar, men varierar vad gäller tidpunkt och metod mellan olika vårdgivare i landet (Logopedförbundets webinarium "Covid-19 och logopediska insatser", 20 maj 2020). En liten grupp kan behöva långsiktig trakeostomi och uppföljning i öppenvård.

Logopedens roll

Människor som genomgått allvarlig covid-19 har alltså ofta en mångfald mycket allvarliga resttillstånd, ett flertal av dem inom logopediska specialtområden som ät- och sväljfunktion, röstfunktion och kommunikation. Även hos covid-19-patienter som inte behövt intensivvård, eller ens sjukhusvård, kan stora och långvariga rehabiliteringsbehov finnas (Socialstyrelsen, 2020), även dessa inom de logopediska specialtområdena.

Ät- och sväljfunktion

Sväljsvårigheter är vanliga hos patienter som **intuberats** (Brown et al, 2011; Oliveira et al, 2018), 35 % hade sväljsvårigheter efter extubering (Brown et al, 2011), för patienter 60 år eller

äldre var motsvarande siffra 44,5 % (Oliveira et al, 2018). Är intuberingstiden längre än 48 timmar så tilltar svårigheterna vid sväljning efter intensivvården, p g a muskelatrofi, sensoriskt bortfall, nedsatt muskelkraft i svalget och nedsatt koordination mellan andning och sväljning. Så många som 91 % av patienter kan efter intubering få sväljsvårigheter (Ponfick et al, 2015). Man har också funnit att 32 % av ARDS-patienter som varit intuberade i genomsnitt sju dagar har kliniskt allvarliga sväljsvårigheter som kvarstår efter sjukhusvård, i 25 % av fallen i mer än sex månader (Brodsky et al, 2016). Det är i dagsläget (juni 2020) för tidigt att veta exakt hur stora de här problemen kommer att bli patientgruppen med covid-19, men tidigare forskning på liknande patientgrupper visar att vi kommer att se stora svårigheter hos den här gruppen. Den genomsnittliga intuberingstiden för en covid-19-patient är, som tidigare nämnts, betydligt längre än för den genomsnittliga IVA-patienten.

Många av de covid-19-patienter som är i behov av långvarigt andningsstöd **trakeotomas** (McGrath et al, 2020b). Det finns en hög förekomst av aspiration (felsväljning) hos patienter med trakeostomi, både av mat och dryck men även av sekret och saliv, och detta påverkar hur man lyckas avveckla trakeostomin (Logopedförbundets webinarium, 2020-06-01). Logopeders expertkunskap i bedömning, hantering och behandling av sväljning och larynxfunktioner är nödvändig i beslut runt avveckling av trakeostomi.

Sväljsvårigheter efter extubation kan bero på **skador** som uppstått i samband med intubering/extubering, muskelsvaghet till följd av bl a ICU-weakness och nedsatt sensorik (Macht et al, 2013) men också en extrem trötthet (fatigue). Detta påverkar förmågan att äta och dricka säkert och effektivt samt att nutriera sig. Brugliera et al (2020) har sett att 90 % av covid-19 patienterna på deras rehabiliteringsenhet har svårigheter att svälja och att träning av sväljförmågan och anpassning av mat, dryck och matsituation är essentiell för rehabilitering och återhämtning. Ett samarbete mellan logoped, dietist och arbetsterapeut är därför av yttersta vikt vid handhavandet av kvarstående/kronisk dysfagi hos covid-19-överlevare.

Sväljsvårigheter kan också hänga samman med **nedsatt andningsfunktion** (Zuercher et al, 2019), t ex efter ARDS, vilket kan orsaka nedsatt koordination mellan andning och sväljning, vilket skapar en allvarlig risk för aspiration. Risken vid aspiration är ännu större hos patienter som redan tidigare har en känslighet för lunginflammationer, där man har sett ökad dödlighet (Hafner et al, 2018). Sväljsvårigheter beroende på svårigheter med koordination mellan andning och sväljning är behandlingsbara. Viktigt är då att ha tillgång till ett multidisciplinärt team, med t ex läkare, fysioterapeuter och logoped, för att säkerställa att man inte drabbas av felsväljningar och att se till att lungorna återhämtar sig.

Patienter med nedsatt sväljfunktion, oavsett orsak, har en ökad risk för aspiration och aspirationspneumoni, något som vore potentiellt livshotande för patientgruppen. Patienterna kommer att behöva långvarig kontakt med logoped och övriga vårdgivare vad gäller ätande, sväljning och nutrition.

Röstfunktion

Intubering ökar risken för skador i struphuvudet och kan också leda till kroniska röstsvårigheter. Skador i struphuvud och på stämband efter intubering är vanliga och extra mycket så efter covid-19 (Brodsky et al, 2020; McGrath et al, 2020), eftersom risken ökar beroende på hur länge patienten varit intuberad oavsett metod (Brown et al, 2011). Det är i dagsläget (juni 2020) för tidigt att veta exakt hur stora de här problemen kommer att bli patientgruppen, men följande problem kan förutses med tanke på tidigare forskning:

- stämbandsförlamning, förskjutning/rubning av stämbandsbrosken (arytenoidbrosk)
- akuta och långvariga problem med rösten; dysfoni/afoni, heshet, rösttrötthet, reducerad kontroll av ton och styrka i rösten
- långvarig hyperkänslighet i struphuvudet, vilket kan framkalla tillfällig blockering av stämband och kronisk hosta
- reflux

Kvarstående **nedsatt andningsfunktion** efter covid-19-infektion, och resttillstånd som lungfibros, kan också allvarligt påverka röstfunktionen. Vid covid-19 har man också konstaterat att långvarig hosta kan skada stämbandena, även utan intubering (RCSLT, 2020).

Patienter med röstproblem, oavsett orsak, kommer behöva långvarig specialiserad logopedisk behandling i samverkan med öron-näsa-hals-medicinsk specialistkompetens. Obehandlade röstproblem resulterar i kommunikationssvårigheter, vilket kan skapa oro och ångest hos patienter och negativt påverka återgång till arbete och dessutom försämra livskvaliteten för patienten.

Kommunikativa och kognitiva svårigheter

Det är väl känt att en stor del av personer i intensivvård får **kognitiva svårigheter** (kvarstående eller övergående). En översiktsstudie anger mellan 25 och 75 %, beroende på patientens tillstånd innan IVA, d v s ålder, kognitiv status etc (Rawal et al, 2017). Signifikanta kognitiva avvikelser har påvisats vara långvariga hos ARDS-överlevare, speciellt vad gäller minne och exekutiva funktioner.

Neurologisk påverkan är tydlig i en påfallande stor del av patienter med covid-19. Data pekar på att ca 30 % av covid-19-överlevare har nytillkomna neurologiska svårigheter (Mao et al, 2020). En mängd olika neurologiska symptom har rapporterats, t ex agitation och förvirring, påverkad medvetenhet, nedsatt exekutiv förmåga, akuta cerebrovasculära incidenter och påverkan på centrala och perifera nervsystemet (Helms et al, 2020; Wu et al, 2020). Dessa akuta neurologiska tillstånd kan resultera i kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar i olika grad, t ex dysartri, afasi, dyspraxi, dysfoni, kognitiva kommunikationssvårigheter och dysfagi. Logopediska insatser inom specialistrehabilitering och i primärvård kommer att vara avgörande för bedömning, differentialdiagnostisering och behandling av kvarstående neurogena svårigheter hos covid-19-överlevare.

Delirium kan utvecklas hos 60–80 % av patienter inom intensivvård och hos covid-19-patienter är förekomst av delirium inte bara vanlig, den håller också i sig längre än hos den genomsnittliga intensivvårdspatienten. Hos patienter med covid-19 verkar det som att eventuella kognitiva svårigheter blir tydliga när delirium avtar, och ett antal patienter behöver då omfattande slutenvårdsrehabilitering (RCSLT, 2020).

Kvarstående och allvarliga kognitiva svårigheter påverkar ofta kommunikation i vardagen. Kommunikationsbedömningar utförda av logopederna kan bidra till differentialdiagnostik vad gäller delirium och kognitiva kommunikativa nedsättningar kontra afasi. I samarbete med psykolog och arbetsterapeut kan logopeden bidra med viktig kunskap och erfarenhet i det fortsatta rehabiliteringsarbetet.

Patienter som har en **trakeostomi** har stora svårigheter med kommunikation och att vara helt utan röst påverkar ofta det psykiska måendet på lång sikt. Logopediska interventioner fokuserar på tidigt kommunikationsstöd inkluderande alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), med både lågteknologiska och högteknologiska hjälpmedel. En tidig intervention är också att introducera skälventiler för att möjliggöra tal även vid trakeostomi, liksom logopedbehandling för tal, språk och röst.

Patienter med kvarstående neurologiska, kognitiva och kommunikativa svårigheter, oavsett orsak, kommer att behöva långvarig kontakt med logopederna, som en del av rehabiliterande insatser, tillsammans med andra hälsoprofessioner och medicinsk specialistvård.

Sociala aspekter

Möjligheten att kommunicera och äta och dricka säkert är av yttersta vikt för en patients hälsa och välbefinnande, livskvalitet och delaktighet i sociala aktiviteter i vardagen. Logopederna är specialister på att ge råd och stöd, både på kort och lång sikt, vad gäller ätande, drickande, sväljning och kommunikation. Genom att säkerhetsställa en säker nutrition och eventuellt alternativt nutritionssätt ges också en ökad möjlighet att tillgodogöra sig annan rehabilitering.

Detta innefattar också stödjande strategier för att underlätta för patienter att återvända till arbete. Logopederna är viktiga för att utveckla och utföra behandlingsstrategier för att möta patienternas behov runt kommunikation, sväljande och pågående trakeostomivård i primärvården. Detta innefattar också stöd för patienterna att kunna tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatser hos andra behandlare i teamet.

Slutsatser

Logopederna har en central roll när det gäller att identifiera, diagnosticera, hantera och behandla skador och störningar i struphuvudet och arbetar med behandling av dessa störningar, t ex vid sväljningssvårigheter och röststörningar. Logopederna har också en central roll när det gäller kommunikation, språk och kognitiva problem. Logopederna på akutsjukhusen i Region Stockholm rapporterar att de covid-19-patienter de träffar i dagsläget har alla de ovan beskrivna svårigheterna i olika grad (Logopedförbundets webinarium, 2020-05-20).

Logopederna som arbetar med sväljning, röst och kommunikativa nedsättningar måste få chansen att bidra till rehabiliteringen av covid-19-patienter inom alla vårdnivåer, inom intensivvård, slutenvård och primärvård. I Socialstyrelsens riktlinjer för rehabilitering av patienter med covid-19 i primärvården (Socialstyrelsen, 28 maj 2020) understryks vikten av teambaserade och personcentrerade rehabiliteringsinsatser, något som självklart inkluderar logopediska insatser, med tanke på de ofta stora kvarstående svårigheterna inom de logopediska specialistområdena.

På sjukhusen i Stockholm är logopederna ofta en del av multiprofessionella team. Det ser dock betydligt sämre ut i primärvården. Ytterst sällan förekommer något samarbete mellan logoped och andra professioner i rehabiliteringsteam i primärvården. Till primärvårdslogopedin inom vårdval logopedi behöver man ha en läkarremiss, vilket omöjliggör nära samarbete med primärvårdsrehabiliteringen i dagsläget, där ingen läkare finns. Tyvärr förändras inte detta i det nya förslaget till avtal för vårdvalsområdet primärvårdsrehabilitering och i underlaget för vårdval logopedi kvarstår kravet om läkarremiss (utom från särskilt boende, där specialistsjuksköterska kan remittera till logoped). I det reviderade underlaget för vårdval primärvårdsrehabilitering framförs **nätverkssjukvård** som en bärande idé i Framtidsplanen i Region Stockholm. Varför finns då inte samarbete mellan bärande professioner inom rehabilitering med som en ledstjärna? Man uppger att ”väl fungerande arbetsflöden och vårdprocesser ska präglade nätverks-sjukvården och organisationen kring patienten ska vara god”. Varför ingår inte logopedisk kompetens och logopediska insatser i denna vårdprocess?

De här bristerna har blivit uppenbara under den pågående pandemin, med påföljande stora rehabiliteringsbehov hos patienter som överlevt covid-19. Några av de mest genomgripande svårigheterna som covid-19-överlevare brottas med är logopediska specialistområden, som visats ovan. Istället för att ge ett tydligt rehabiliteringsuppdrag för patienter med kvarstående svårigheter efter covid-19 till primärvårdslogopedin, hänvisar man på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen till de logopederna som finns på neuroteam inom primärvårdsrehabiliteringen. Logopederna i neuroteamen i öppenvård är dock ett litet fåtal, och vår bedömning är att de inte kommer att räcka till. På neuroteamen tas dessutom endast patienter med tydliga neurologiska svårigheter/neurologisk diagnos, vilket inte alls är självklart att en covid-19-överlevare har. Det innebär alltså att dessa patienter inte kommer att få tillgång till logopedisk kompetens, om de enbart hänvisas till neuroteamens logopederna. Dessutom har redan logopederna inom neuroteam inom regionen hört av sig till primärvårdslogopedin med förfrågningar om stöd med covid-19-patienter, som alltså är svårt att genomföra smidigt på grund av krav på läkarremiss, vilket patienten själv måste skaffa på vårdcentral.

Uppdrag att rehabilitera patienter efter covid-19 lämnas i dagarna till primärvårdsrehabiliteringen i regionen. Om nu inte ett liknande uppdrag lämnas till primärvårdslogopedin (vilket vore det mest rimliga), skulle det åtminstone underlätta om behandlande fysioterapeuter, arbetsterapeuter och dietister på primärvårdsrehab i regionen kunde remittera till logoped inom vårdval logopedi, då skulle vårdprocessen åtminstone fungera bättre. På sikt skulle det ju vara

önskvärt att vårdvalen primärvårdsrehab och logopedi skulle kunna ha ett nära och gott samarbete, vilket skulle komma en stor mängd patienter till godo.

Förslag på åtgärder

- Ge **skyndsamt** ett tydligt uppdrag angående rehabilitering av patienter med kvarstående svårigheter efter covid-19 till verksamheter inom vårdval logopedi
- Inför **skyndsamt** rätt att remittera till logoped inom vårdval logopedi för personal inom vårdval primärvårdrehabilitering, helst för alla patienter, men extra skyndsamt för patienter med kvarstående svårigheter efter covid-19
- **Snarast** bör ett arbete för att skapa nära och gott samarbete mellan primärvårdsrehabilitering och vårdval logopedi påbörjas, för alla regionmedborgares bästa

Vi vill också gärna träffa ansvariga inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen för att diskutera situationen närmare.

Styrelsen i Svenska Logopedförbundets Stockholmsförening
Slof Stockholms län
genom

Lena Lindberger, ordförande

Referenser

Brotsky MB, Huang M, Shanholtz C, Mendez-Tellez PA, Palmer JB, Colantuoni E, Needham DM. (2016). *Recovery from Dysphagia Symptoms after Oral Endotracheal Intubation in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors. A 5-Year Longitudinal Study*. Annals of the American Thoracic Society. 14(3). DOI: 10.1513/AnnalsATS.201606-455OC.

Brown CV, Hejl K, Mandaville AD, Chaney PE, Stevenson G, Smith C (2011). *Swallowing dysfunction after mechanical ventilation in trauma patients*. Journal of Critical Care, 26(1), 108 e109-113. DOI: S0883-9441(10)00185-1 [pii]10.1016/j.jcrc.2010.05.036.

Brugliera L, Spinaz A, Castellazzi P, Cimino P, Arcuris P, Negro A, Houdayer E, Alemanno F, Giordani A, Mortini P, Iannaccone S. (2020) *Nutritional management of COVID-19 patients in a rehabilitation unit*. European Journal of Clinical Nutrition. DOI: 10.1038/s41430-020-0664-x.

Clinical Education and Training Queensland (2015). *Speech pathology management of the adult trachostomised patient: clinical guidelines for Queensland health speech pathologists*. Hämtad 2019-03-17.

Hafner G, Neuhuber A, Hirtenfelder S, Schmedler B, Eckel HE. (2008) *FEES in intensive care unit patients*. Eur Arch Otol Rhino Laryngol. 265(4), 441–446.

Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenk M, Kummerlen C, Collange O, Boulay C, Fafi-Kremer S, Ohana M, Anheim M, Meziani F. (2020) *Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection*. New England Journal of Medicine. DOI: 10.1056/NEJMc2008597.

Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, Chang J, Hong C, Zhou Y, Wang D, Miao X, Li Y, Bo Hu. (2020) *Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China*. JAMA Neurology. DOI: 10.1001/jamaneurol.2020.1127.

Macht M, Wimbish T, Bodine C, Moss M. (2013) *ICU-acquired swallowing disorders*. Crit Care Med 41(10):2396–2405.

Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, Patel MB, Hughes CG, Jackson JC, Thompson JL, Chandrasekhar R, Ely EW, Brummel NE. (2018) *Co-Occurrence of PostIntensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness*. *Critical Care Medicine*. 2018 Sep; 46(9):1393-1401. DOI: 10.1097/CCM.0000000000003218..01419.x.

McGrath BA, Wallace S, Goswamy J. (2020a) *Laryngeal oedema associated with COVID-19 complicating airway management*. *Anaesthesia*. 17th April, E pub. DOI: 10.1111/anae.15092.

McGrath BA, Brenner MJ, Warrillow SJ, Pandian V, Arora A, Cameron TS, Añon JM, Martínez GH, Truog RD, Block SD, Lui GCY, McDonald C, Rassekh CH, Atkins J, Qiang L, Vergez S, Dulguerov P, Zenk J, Antonelli M, Pelosi P, Walsh BK, Ward E, Shang Y, Gasparini S, Donati A, Inger M, Openshaw PJM, Tolley N, Markel H, David J Feller-Kopman DJ. (2020b) *Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance*. *Lancet Respir Med*. 15th May. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30230-7

Oliveira ACM, Friche AAL, Salomão MS, Bougo GC, Vicente LCC. (2018) *Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation*. *Braz J Otorhinolaryngol*. 84:722–8.

Ponfick M, Linden R, Nowak D. (2015) *Dysphagia - a common, transient symptom in critical illness polyneuropathy: a fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing study*. *Critical Care Medicine*. February 43(2), 365–372. DOI: 10.1097/CCM.0000000000000705

Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive Care Syndrome: an Overview. *J Transl Int Med*. 2017;5(2):90-92. Published 2017 Jun 30. DOI:10.1515/jtim-2016-0016.

RCSLT, Royal College of Speech and Language Therapists. (2020) *COVID-19 speech and language therapy rehabilitation pathway*. May. [<https://www.rcslt.org/learning/covid-19/rcslt-guidance>]

Socialstyrelsen. (2020) *Rehabilitering i samband med covid-19 i primärvården. Ett praktiskt kunskapsstöd till vård- och omsorgspersonal i regioner och kommuner*. Dnr 4.3-14599/2020.

Svenska Logopedförbundet. Serie webinarier om covid-19 och logopediska insatser. 20 maj 2020 och 1 juni 2020.

Wu Y, Xu X, Chen Z, Duan J, Hashimoto K, Yang L, Liu C, Yang C. (2020) *Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses*. *Brain, Behavior, and Immunity*. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.03.031.

Zuercher P, Moret CS, Dziewas R, Schefold JC. (2019) *Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management*. *Crit Care*. 2019;23:103.