

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Sköra multisjuka äldre

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
Introduktion	2
Målsättning	3
Intervention	3
Mätmetoder	4
Restriktioner	5
Uppföljning/vårdkedja	5
Referenser	6

Författare

- Leg. sjukgymnaster Anette Hultén-Eriksson och Emelie Karlsson
- Reviderat av: Leg. sjukgymnast Helena Grönstedt

Kontaktinformation

helena.gronstedt@karolinska.se

Neuro- /Geriatriska sektionen, Fysioterapikliniken, R41, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Tfn 08/585 819 55 (reception)

Sökvägar

- www.socialstyrelsen.se
- www.sbu.se
- www.pubmed.se

Produktionsår

- 2011

Revideringsår

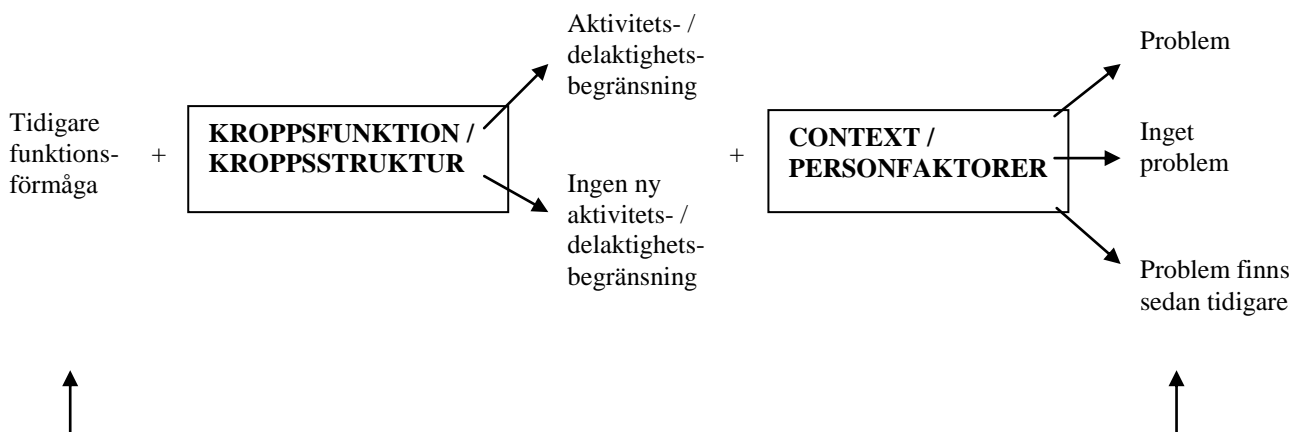
- 2013

Introduktion

Under den senaste hundraårsperioden har Sveriges befolkningsstruktur förändrats, det har bland annat medfört att andelen äldre har ökat (1). I dagsläget utgör personer över 65 års ålder ca 17 % av befolkningen, ökningen förväntas fortsätta och år 2030 beräknas dessa utgöra 23 % av befolkningen (2) .

En liten del (7 %) av alla över 75 år räknas som multisjuka. Multisjuk är den som är 75 år eller äldre med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver nära samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Vetenskapligt gäller även att personen i fråga har tre eller flera diagnoser i tre eller flera skilda diagnosgrupper enligt ICD-10, samt har varit inlagd på sjukhus tre eller flera gånger under det senaste året (3). Antalet multisjuka äldre var inom den svenska slutenvården 57 872 år 2005 (4). Skörhet (frailty) har beskrivits som ett kliniskt syndrom som t ex består av ofrivillig viktninskning, självrapporterad trötthet, muskelsvaghet, låg gånghastighet och låg fysisk aktivitet hos män och kvinnor över 65 år (5).

Sköra multisjuka äldre måste bedömas utifrån sin tidigare aktivitetsförmåga och kontext. Många patienter har sedan tidigare stora aktivitets- och delaktighetsinskränkningar. Patientens tidigare funktion är en viktig grund för val av åtgärder men vi kan inte åtgärda "gamla" funktionsnedsättningar inom ramen för akutsjukvårdens uppdrag. Det är av största vikt att bedöma och behandla den diagnos som patienten för närvarande vårdas för inom slutenvården.



Målsättning

Den övergripande målsättningen för sköra multisjuka äldre är att identifiera vilka funktioner som krävs för att patienten i fråga ska kunna vara så oberoende som

möjligt och, i förekommande fall, återgå till hemmet. Utifrån en individuell bedömning kan följande mål sättas:

- Att minska risken för immobiliseringskomplikationer.
- Att förbättra och/eller bibehålla funktionell förmåga.
- Att minska risken för fall.
- Att vid behov upprätta kontakt med kommunen och/eller initiera bostadsanpassning.

Intervention

- Anamnes.
- Funktionsbedömning - basala förflyttningar, gång, och fallrisk.
- Hjälpmedelsutprovning.
- Motverka immobiliseringskomplikationer bestående av bl a trombosprofylax, kontrakturprofylax och lägesförändring (6,7)
- Andningsgymnastik framför allt i form av motståndsandning och host/huffstöd (8).
- Delta i teamkonferens (beprövad erfarenhet).
- Hembesök, se separat vårdprogram Sjukgymnastikliniken Karolinska (9)
- Funktionell träning för att förbereda patienten inför hemgång (beprövad erfarenhet).
- Sittande grupp-gymnastik (beprövad erfarenhet).
- Råd/regim avseende symtom, aktivitet och träning. (beprövad erfarenhet)
- Utskrivning av FAR® där så är lämpligt (10)
- Överrapportering till berörda enheter. (beprövad erfarenhet)
- Delta i/lämna underlag till samordnad vårdplanering (beprövad erfarenhet).

Mätmetoder

Mätmetod	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
Funktions och förflytningsbedömning	Bedöma patientens aktuella aktivitetsnivå som underlag för vidare åtgärder.	x	x	
Uppmätt gångsträcka			X	
TUG (11) Diff-TUG GUG	Bedöma och utvärdera balans, gångförmåga och funktionell rörelseförmåga		X	
10 m gångtest (12, 13)	Bedöma och utvärdera gångförmåga	X		
VAS (14)	Bedöma och utvärdera smärtintensitet	X		
BORG CR-10 (15)	Symtomskattning	X		
BORG RPE (16, 17, 18)	Bedöma och utvärdera central och perifer ansträngning	X		
Rombergs (19)	Bedöma och utvärdera balans i stående		X	
The Timed Chair Stand Test (20)	Bedöma och utvärdera generell (muskel-) funktion i nedre extremitet	X		
0-5 skalan (21)	Bedöma och utvärdera muskelstyrka	x		
"Stops walking when talking" (22)	Fallrisk		X	

Restriktioner

All fysioterapeutisk intervention sker i samråd med ansvarig läkare.

Uppföljning/vårdkedja

Överrapportering till hemrehab, primärvård eller särskilt boende om behov finns.

Hemrehab: Överrapportering sker om det finns initialt behov av minst två yrkeskategorier, förväntat behov av en längre tids rehabilitering, behov av rehabiliteringsinsatser i hemmet och/eller dess närmiljö. Målet för rehabiliteringen ska ligga på aktivitetsnivå enligt ICF.

Primärvård: Överrapportering till primärvårdens sjukgymnast sker om punktinsatser erfordras av endast sjukgymnast. Om patienten själv kan ta ansvar för den eventuellt fortsatta träningen kan kontaktuppgifter till sjukgymnast i primärvård lämnas ut.

Särskilt boende: Om patienten planeras hem till särskilt boende eller får sådan plats under vårdtiden överrapporteras patienten vid behov till ansvarig sjukgymnast på boendet.

Referenser

1. www.scb.se, Publikation: Beskrivning av Sveriges befolkning 2008
2. www.socialstyrelsen.se/aldre
3. www.slf.se/templates/AssociationPage.aspx?id=27087, Policydokument från Svensk förening för allmänmedicin, Svensk geriatrisk förening och Svensk Internmedicinsk förening.
4. Ekerstad N, Carlsson P, Edberg A. Prioritering av multisjuka äldre inom kardiologi – en medicinsk, etisk och hälsoekonomisk utmaning. Prioriteringscentrum, rapport 2008:4.
5. Morley JE et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7. doi:10.1016/j.jamda.2013.03.022
6. Hedenstierna G. *Sjukgymnasten* nr 9, 1989 s. 13-18.
7. Fuchs S, Heyse T, Rudolfsky G, Gosheger G, Chylarecki C. Continuous passive motion in the prevention of deep-vein thrombosis. *J Bone Joint Surg Br.* 2005;87:1117-22.
8. Olséni L, Wollmer P. *Sjukgymnastik vid nedsatt lungfunktion*. Studentlitteratur, Lund 2003.
9. Vårdprogram för sjukgymnastisk intervention vid hembesök
Y:\AKUTDI\Sjukgy\KVALITET (Åsa D)\VÅRDPROGRAM\Neuro
Sjukgymnastik_Hembesök Geriatrik.pdf
10. <http://www.fhi.se/far>
11. Podsiadlo D, Richardson S. The "Timed Up and Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39:142-8.
12. Wade D.T et al. Walking after stroke. *Scand J Rehab Med* 1987;19:25-30.
13. Bohannon RW. Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants. *Age Ageing* 1997;26:15-19.
14. Huskisson E. Measurement of Pain. *Lancet.* 1974;9:1127-31
15. Borg G. Psychophysical scaling with applications in physical work and the perception of exertion. *Scand J Work Environ Health* 1990;16:55-8.
16. Borg, G. Physical performance and perceived exertion. *Studia Psychologica et Paedagogica, Series altera, Investigationes XI*. Lund, Sweden: Gleerup, 1962.
17. Borg, G. Perceived exertion as an indicator of somatic stress. *Scand J Rehab Med.* 1970;2: 92-8.
18. Borg, G. An introduction to Borg's RPE-scale. Ithaca, N.Y.: Movement Publications, 1985
19. Bohannon RW, Larkin PA, Cook AC, Gear J, Singer J. Decrease in timed balance test scores with aging. *Phys Ther.* 1984;64:1067-70.
20. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferruci L, Glynn RJ, Berkman LF et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol.* 1994;49(2):M85-94.
21. Hislop H.J, Montgomery J. Daniels and Worthingham's Muscle Testing: Techniques of Manual Examination, 6th Edition. SB Saunders Company. Philadelphia, 1984.
22. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafsson Y. "Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people. *The Lancet.* 1997;349:617. doi:10.1016/S0140-6736(97)24009-2.