

Benamputerade - Fysioterapeutiska/sjukgymnastiska riktlinjer

Bakgrund

I Sverige görs årligen ca 3000 amputationer i nedre extremitet. Av dessa amputationer görs ca 35 % genom knäleden eller högre, ca 40 % genom underbenet och ca 25 % genom foten eller nedanför. Den vanligaste orsaken till benamputation är diabetes med eller utan kärlsjukdom. Andra orsaker kan vara perifer kärlsjukdom, tumörer, missbildningar eller trauma (1). Jämfört med tidigare är de som amputeras idag äldre i takt med att befolkningen blir äldre (2). Det är av stor vikt att rehabiliteringen efter en amputation startar så snart som möjligt för att ge den amputerade optimala förutsättningar att bli gångare (3, 4).

Indikationer för utredning

Preoperativt

Det är en fördel om fysioterapeut/sjukgymnast får möjlighet att initiera en kontakt preoperativt för bedömning och information.

Postoperativt

Alla nyamputerade, där hälsotillståndet tillåter, träffar fysioterapeut/sjukgymnast som initierar rehabilitering så snart som möjligt efter operationen.

Patienter som har amputerats utreds och behandlas av fysioterapeut/sjukgymnast på vårdande enhet.

Utredning

- Smärta (fantom- eller stumpsmärta, fantomsensationer).
- Andningsfunktion (förebygga komplikationer).
- Ledrörlighet (knä, höft).
- Muskelfunktion.
- Förflyttningsförmåga.
- Balans i sittande och stående.
- Gång och gånghjälpmedel.

I samråd med läkare görs en bedömning när Rigid dressing (fast förband), alternativa förband, vid underbensamputation (4) kan avvecklas. Detta sker vanligtvis 5-7 dagar postoperativt i samband med en första sårinspektion. Förbandet kan i vissa fall användas längre tid beroende på patientens knästräckning och förmåga att inte utsätta det amputerade benet för risker.

Inneliggande utredning omfattar även

- diskussion om kompressionsbehandling
- motivation för protesförsörjning
- funktionsförmåga för protesförsörjning.

På Rehabiliteringsmedicinska kliniken görs Funktional Independence Measure (FIM) (5) på alla ineliggande patienter.

På övriga vårdande enheter görs, i de fall då det råder tveksamhet om patienten kan protesförsörjas, en bedömning av fysioterapeut/sjukgymnast och ortopedingenjör på Gåskola.

Indikationer för behandlingsåtgärder

Preoperativt

Patienter som bedöms ha behov av mer information inför operation kan efter remiss eller förfrågan från läkare erhålla detta. Informationen ges av fysioterapeut/sjukgymnast från Gåskola/aktuell avdelning.

Postoperativt

Alla amputerade patienter erhåller fysioterapeutiska/sjukgymnastiska behandlingsåtgärder.

I de fall där protesförsörjning av någon anledning ej är aktuell sker ingen ytterligare rehabilitering på Rehabiliteringsmedicinska kliniken eller Gåskola. Ny bedömning kan göras vid behov.

Behandlingsåtgärder

Preoperativt

Information om postoperativa fysioterapeutiska/sjukgymnastiska behandlingsåtgärder.

Postoperativt

Initialt sker rehabilitering för patienter på vårdande enhet.

- Information om viloställningar, se dokument
 - Vilopositioner liggande vänster och höger.
- Andningsgymnastik, se dokument
 - Motståndsandning med Mini-pep.
- Träningsprogram
 - Träningsprogram efter underbensamputation (6).
 - Träningsprogram efter lårbensamputation (6).
- Kompressionsbehandling i samarbete med ortopedingenjör (7).
- Förflyttningsteknik (4).
- Information om smärta.
- Utprovning av förflyttningshjälpmedel.
- Rullstolsutprovning sker av arbetsterapeut i samråd med fysioterapeut/sjukgymnast.

- Patienter erhåller muntlig och skriftlig information (8) om benamputation samt erbjuds ett studiebesök på Gåskola. Då ges information om Gåskolan, möjliga protesalternativ samt användning av silikonhylsa (9, 10) Patienten får vid besöket även tillfälle att träffa andra benamputerade.
- Eventuellt hembesök.
- Funktionsbedömning och överrapportering inför vårdplanering och/eller utskrivning.
- Tillverkning av protes görs av ortopedingenjör på respektive klinik. Fysioterapeuten/sjukgymnasten har där en viktig roll i kontakten och träningen.

På Rehabiliteringsmedicinska kliniken är patienten antingen ineliggande eller kommer som dagpatient. För övriga patienter sker fortsatt rehabilitering på Gåskola.

Fortsatta fysioterapeutiska/sjukgymnastiska insatser efter utskrivning från vårdande enhet.

- Behandling av både nociceptiv och neurogen smärta med till exempel TENS, akupunktur, kyla, viloställningar och mjukdelsbehandling.
- Rörlighetsträning.
- Styrketräning (4).
- Balans i sittande, stående och gående.
- Förflyttningsträning i liggande, sittande och gående (4).
- Gång- och förflyttningsträning med och utan protes, inom- och utomhus. (9).
- Utprovning av gånghjälpmedel.
- Arbetsplatsbesök (Rehabiliteringsmedicinska kliniken).
- Bostadsanpassning (sker från Rehabiliteringsmedicinska kliniken tillsammans med arbetsterapeut).
- Vid behov görs överrapportering till kommun alternativt primärvård för uppföljning och fortsatt träning.

Uppföljande mottagningsbesök sker regelbundet. Uppföljning via kvalitetsregistret SwedeAmp sker 6 månader, 1 år samt 2 år efter amputation. De som har behov erbjuds fortsatt träning i Gåskola. På Rehabiliteringsmedicinska kliniken sker teamåterbesök (arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog, fysioterapeut/sjukgymnast, sjuksköterska och undersköterska).

Grund för utvärdering:

- Timed Up and Go (TUG) (12).
- Locomotor Capabilities Index (LCI) (4).
- EQ-5D (1).

Risker/kontraindikationer

Det är viktigt att förebygga

- trycksår

- kontrakturer
- infektioner
- fall.

Detta förebyggs genom information och åtgärder kring

- antidecubitusmadrass/sittdynor
- varierande sitt-/liggställning
- god hygien av stump och liner
- förflyttningsteknik, balansträning, gånghjälpmedel.

Mätetal och månivå

Mål

Alla nyamputerade patienter, där hälsotillståndet tillåter, träffar fysioterapeut/sjukgymnast som initierar rehabilitering så snart som möjligt efter operationen.

Mätetal

100 % av nyamputerade patienter ska få träffa fysioterapeut/sjukgymnast.

Referenser

1. Swedeamp [Web page]. Amputations- och protesregister för nedre extremiteten; 2019 [cited 2014 July 24]. Available from: <https://swedeamp.com/index.php/startside/bakgrund/>
2. Rydholm A, Gustafson P. Allmänortopedi In: Andersson R, Jeppsson B, Lindholm C, Rydholm A, Ulander K, editors. Kirurgiska sjukdomar: patofysiologi, behandling, specifik omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2004. p. 244-81.
3. Turney BW, Kent SJ, Walker RT, Loftus IM. Amputations: no longer the end of the road. J R Coll Surg Edinb. 2001 Oct;46(5):271-3. PubMed PMID: 11697693. Epub 2001/11/08. eng.
4. Hommel A, Bååth C. Ortopedisk vård och rehabilitering. Lund: Studentlitteratur och författarna; 2013.
5. Granger CV, Hamilton BB, Keith RA. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. Topics in Geriatric Rehab. 1986;1(3):59-74.
6. 1177.se [Web page]. Benamputation; 2019. [cited 2019 May 27]. Available from: <https://www.1177.se/Jonkopings-lan/behandling--hjalpmedel/operationer/benamputation/>
7. Nadollek H, Brauer S, Isles R. Outcomes after trans-tibial amputation: the relationship between quiet stance ability, strength of hip abductor muscles and gait. Physiother Res Int. 2002;7(4):203-14. PubMed PMID: 12528576. Epub 2003/01/17. eng.
8. Johannesson A. Lower limb amputation in patients with vascular disease 2009.
9. Riktlinjer för kompressionsterapi med Iceross Post-Op liner- steg för steg. Össur; 2013.

10. Hachisuka K, Nakamura T, Ohmine S, Shitama H, Shinkoda K. Hygiene problems of residual limb and silicone liners in transtibial amputees wearing the total surface bearing socket. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001 Sep;82(9):1286-90. PubMed PMID: 11552206. Epub 2001/09/12. eng.
11. Sansam K, Neumann V, O'Connor R, Bhakta B. Predicting walking ability following lower limb amputation: a systematic review of the literature. *J Rehabil Med.* 2009 Jul;41(8):593-603. PubMed PMID: 19565152. Epub 2009/07/01. eng.
12. Fysioterapeuterna. Mätmetoder 2.0: Fysioterapeuterna; 2019 [cited 2019 May 27]. Available from: <http://www.fysioterapeuterna.se/>