

Palliativ vård i livets slutskede vid COVID-19

Christel Hedman, Jonas Bergström, Per Fürst. Stockholms Sjukhem Palliativ vård. Version 2020-04-02

Detta dokument är en enkel översikt över åtgärder som kan användas för att lindra besvärande symptom i livets slutskede med anledning av Covid-19-epidemin. Dokumentet beskriver mest subkutana eller intravenösa behandlingar då det inriktar sig på vård i livets absoluta slutskede, när förloppet kan tänkas vara både snabbt och kortvarigt och där peroral medicinering inte är aktuellt.

Symtomlindring vid palliativ vård i livets slutskede vid COVID-19 förväntas i stort inte skilja sig från annan palliativ vård i livets slutskede.

Dokumentet kan komma att uppdateras efterhand.

Brytpunktssamtal och vårdplaner

Palliativ vård i livets slutskede förutsätter att alla kurativt syftande åtgärder har prövats eller övervägts och att vårdinriktningen palliativ vård har dokumenterats i ett brytpunktssamtal. Patienter som vårdas i kommunal hemsjukvård, på korttidsboende eller vård- och omsorgsboende eller är inskrivna i palliativ vård, bör ha en dokumenterad vårdplan gällande vårdnivå och behandlingsbegränsningar för att undvika icke meningsfull vård på akutsjukhus. Vårdplanen ska förankras med patienten och närstående.

Palliativa vårdens roll vid viruspandemi

Palliativ vård, som baseras på helhetssyn och symptomlindring, kompletterar den ordinarie vården och fyller en viktig funktion, inte minst i situationer där patienter inte gagnas av eller kan beredas möjlighet till kurativ behandling, men naturligtvis fortfarande har behov av lindring av besvärande symptom. En mycket viktig komponent i vården är kommunikation med både patienten och med dennes närstående, både för information och beslutsfattande.

I en situation med resursbrist kan patienter komma att bli prioriterade bort från tex IVA-vård och till bästa tillgängliga vård. Den palliativa vårdens kunskaper kring beslut som gäller behandlingsbegränsning, prioritering och närståendestöd kommer vara av största vikt vid sådana tillfällen.

Familjemedlemmar och övriga närstående kan behöva avrådas från att besöka sjuka personer både på sjukhus och andra institutioner. Ett sätt att då säkra att patienter och närstående kan fortsätta att hålla kontakt trots besöksförbud är att erbjuda kontakt via olika digitala plattformar. Att ta fram rutiner för hur detta skall fungera är av yttersta vikt.

Det är också viktigt att närstående bereds möjligheter att förmedla patientens vilja och bidra till en så värdig vård som möjligt. Att tillse detta och samtidigt bidra till att koordinera vård mellan olika vårdgivare är en av den palliativa vårdens viktiga funktioner.

Vårdpersonal kommer att hamna i situationer med stress, etisk stress, sorg och frustration. Möjlighet till kunnigt stöd och reflektion är avgörande för personalens möjlighet att kunna hantera dessa påfrestningar på ett bra sätt.

Palliativ vård i livets slutskede vid covid-19

I allvarliga fall ger COVID-19 en komplicerad sjukdomsbild med (Zhou *et al*):

- Acute respiratory distress syndrome (ARDS)
- Sepsis/Septisk chock
- Multiorgansvikt
- Akut njursvikt
- Hjärtsvikt

Förloppet av en Covid-19 infektion beskrivs ofta bifasiskt med en försämringsfas med hosta och feber som följs av en kortvarig förbättring. Därefter kommer en snabb och kraftig försämring av framför allt andningssvårigheterna. Detta förlopp kan ofta vara mycket snabbt och kräva snabba symtomlindrande åtgärder.

Behandlingsförslag palliativ vård i livets slutskede vid Covid-19

- Utgå från att patienten hör och förstår allt du säger, även om det inte verkar så. Kommunikation med både patient och närstående är essentiellt.
- Otillräckligt lindrade symptom i livets slut besvärar både patient, närstående och personal.
- Om symptom kan förutses kan man ge subkutana injektioner regelbundet, med fördel med kvarliggande subkutan infart för att slippa upprepa stick.
- Användning av subkutan läkemedelspump för administrering av läkemedel kan vara en fördel istället för upprepade subkutana injektioner då det ger bra symptomkontroll, kan frigöra resurser och spara på personlig skyddsutrustning.

Angående antiinflammatoriska läkemedels roll i palliativt skede hos Covid-19 positiv patient

Rapporter kring negativ påverkan av NSAID (COX-hämmare) på sjukdomsförloppet finns (Day *et al*). Även när det gäller kortison finns negativ effekt på sjukdomsförloppet beskrivet (Day *et al*), men också det motsatta (Wu *et al*).

När målet med vården övergår till palliativ vård i livets slutskede får eventuella negativa effekter på sjukdomsförloppet anses vara underordnade de vanligtvis goda symtomlindrande effekter som kortison och NSAID (COX-hämmare) kan ge.

Angående inhalationer hos Covid-19 positiv patient

Rapporter finns (CDC, se länk) att det vid inhalationer av läkemedel i nebulisator finns ökad risk för spridning av viruspartiklar varför detta i möjligaste mån bör undvikas och inhalationer ersättas med preparat som kan ges subkutant eller intravenöst eller eventuellt med Spacer (Zhonghua *et al*).

Angående non-invasiv ventilation hos Covid-19 positiv patient

Enligt Glans *et al* har non-invasiv ventilation en roll vid tidig försämring och lätt försämring i andningen, men inte vid allvarlig sjukdom med chock, organpåverkan eller mycket slem. Både non-invasiv ventilation och högventilationsgrimmor skapar mycket aerosol och ökar därmed även risken för spridning av viruset till vårdpersonal. Vid palliativ vård bör därför dyspné lindras med andra metoder än non-invasiv ventilation, se nedan.)

Angående behandling med fläkt vid dyspné vid Covid-19

Fläkt och öppet fönster brukar finnas med som allmänna icke-farmakologiska råd vid dyspné i palliativ vård. Dock finns misstanke om att fläktbehandling mot dyspné vid samtidig Covid-19 infektion kan öka risken för att sprida smitta. Vi avråder därför från detta.

Symtomlindring - behandlingsförslag

Följande symtom kan tänkas vara framträdande vid Covid-19 och förslag på behandlingsstrategier beskrivs nedan. Ytterligare förslag på doser och administrationsätt finns i tabellen i slutet av dokumentet.

Luftvägsbesvär

Dyspné - Känslan av att det är svårt att få luft kan förekomma även utan syrgasbrist, dvs med normal saturation. Pröva i första hand parenteral (sc, iv) opioid. Vid samtidig ångest kan en lugnande bensodiazepin som Midazolam eller diazepam läggas till.

Hypoxi – Vid hypoxi, framför allt vid saturation under 90%, kan syrgas prövas. Det är då viktigare att följa symptombilden än saturationen då korrelationen mellan hypoxi och upplevd dyspné är låg, vid palliativ vård.

Rosset från luftvägarna i livets slut – Antikolinergika (Robinul eller Buscopan) kan ges för att torka ut luftvägarna och minska rossel.

Patienter med rosslighet från luftvägarna i livets absoluta slutskede verkar inte alltid besväras av detta. Information till närstående och vårdteamet att patienten inte alltid är besvärad av rosslet kan då ofta vara viktigare än att behandla/minska själva rosslet.

Hjärtsviktssymptom/lungödem – Vid misstänkt hjärtsvikt ge furosemid, vilket även kan ges subkutant om ingen intravenös infart finns (max 2 ml per injektionsställe). Opioider kan med fördel även användas vid hjärtsviktorsakad dyspné.

Vid behov av stora mängder furosemid för att lindra hjärtsviktsymtom kan en s.c läkemedelspump prövas, se nedan.

Segt slem i luftvägar – Per os kan ges bromhexin eller eventuellt acetylcystein.

Inhalation av koksalt (NaCl) kan prövas, men först efter övervägande av eventuella risker med inhalationsbehandling.

Obstruktivitet – Bricanyl kan ges subkutant. Inhalation i Spacer kan övervägas. Inhalation av bronkvidgande läkemedel i nebulisator kan prövas men först efter övervägande av eventuella risker med inhalationsbehandling och ökad risk för virus spridning.

Kortison är ofta generellt symtomlindrande vid luftvägsbesvär, kan minska inflammatoriska besvär och kan användas i tillägg vid ett flertal olika luftvägssymtom. Observera att kortison rapporterats kunna ha negativ på sjukdomsförloppet vid Covid-19 och därför endast bör övervägas för symtomlindring i livets absoluta slutskede.

Hosta – Oftast är opioid mest effektivt. Om opioid redan används mot dyspné räcker ofta dosen. Annars prövas extra opioid vid behov, doser enligt tabell nedan.

Feber

I första hand paracetamol (po/iv/rektalt).

I andra hand NSAID (COX-hämmare). Beakta ökad risk för njurpåverkan i samband med multiorgansvikt. För injektion i första hand Toradol i.v, detta kan även ges subkutant vid avsaknad av intravenös infart. Vid ökad blödningsrisk kan COX-2-hämmaren Dynastat prövas iv, även denna kan ges subkutant.

Smärta

Opioider är grundbehandlingen och kan för bättre smärtlindrande effekt ofta med fördel kombineras med paracetamol och NSAID (COX-hämmare).

Illamående

Haldol är väl beprövat och studerat vid illamående i palliativ vård och så är även även Primperan. När Haldol eller Primperan ej hjälper kan ondansetron prövas.

Delirium/terminalt delirium

Kan vara svårbehandlat tillstånd. I första hand prövas injektion Haldol i kombination med midazolam. Startdoser enligt nedan, men relativt stora doser kan behövas för att lindra kraftiga orossymptom hos patienter i livets absoluta slutskede. Patientens symptom styr behandlingen. Med fördel används subkutan läkemedelspump, annars ges intermittenta injektioner upp till varje timme.

Tabell läkemedel

Preparat	Indikation	Peroralt	Injektion	Maxdos
Morfin (kortverkande, 4 tim, tabl. 10 mg, inj 10 mg/ml)	Smärta Dyspné	5 - 10 mg vid behov var 4 till 6:e timme (äldre)	2,5 – 5 mg v.b. eller var 4:e till 6:e timme (äldre)	Öka med 30 - 50% i taget. Extrados: 1/6 av dygnsdosen
OxyNorm		5mg vid behov (var 6:e timme)	2,5 - 5 mg vb	Öka med 30 - 50% i taget. Extrados: 1/6 av dygnsdosen
Furosemid 10 mg/ml	Hjärtsvikt		2 - 4 ml sc eller iv	120 mg/dygn i subkutan pump (ev. högre doser)
Robinul 0,2 mg/ml Buscopan 20 mg/ml	Rosset Rosset		1 ml sc vb 1-2 ml sc vid behov	0,6 - 1,2 mg/dygn 120 mg/dygn
Bricanyl 0,5 mg/ml	Obstruktivitet		0,5 - 1 ml sc vb	
Betapred (tabl 0,5 mg; inj 4 mg/ml)	Antiinflammatoriskt Feber Smärta Luftvägsbesvär Illamående	8 - 16 tabletter/dygn	1 - 2 ml/dygn s.c eller i.v	16 mg
Toradol 30 mg/ml	Antiinflammatoriskt Feber Smärta		15 - 30 mg sc eller iv vb	90 mg/dygn
Dynastat 40 mg/ml (vid blödningsbenägenhet)	Antiinflammatoriskt Feber Smärta		20 – 40 mg vb	80 mg

Haldol (tabl 1 mg; 5 mg/ml)	Förvirring Illamående	0,5 – 1 mg x 2	0,25 - 0,5 ml sc vb	10 mg/dygn
Midazolam 5 mg/ml	Ångest, oro		0,25 - 0,5 ml sc vb	
Diazepam 5 mg/ml	Ångest, oro		0,5 - 1 ml iv vb	
Primperan 5mg/ml	Illamående	10 mg x 3	1-2ml sc,iv vb	30-60mg/dygn
Ondansetron 2mg/ml	Illamående	4 - 8mg x 1	1-4ml s.c,iv vb	16mg/dygn

Användning av subkutan läkemedelspump i palliativ vård vid Covid-19

Vid palliativ vård i livets slutskede vid Covid-19 kan det finnas behov av att ge läkemedel kontinuerligt subkutan. Ett sätt att göra detta är med en subkutan läkemedelspump.

Indikationer för subkutan pumpbehandling

- Patienten kan inte ta sina symtomlindrande mediciner peroral längre
- Patienten kräks upp sina symtomlindrande perorala mediciner
- Patienten är i behov av upprepade vid behovsdoser av symtomlindrande läkemedel

Följande läkemedel är fritt blandningsbara med varandra i en subkutan läkemedelspump:

- Morfin Injektionsvätska 10 mg/ml
- OxyNorm Injektionsvätska 10 mg/ml
- Midazolam Injektionsvätska 10mg/ml
- Buscopan Injektionsvätska 20mg/ml
- Haldol Injektionsvätska 5 mg/ml
- Primperan Injektionsvätska 5 mg/ml
- Robinul Injektionsvätska 0,2mg/ml
- Bricanyl Injektionsvätska 0,5mg/ml

Följande läkemedel är INTE fritt blandningsbara med ovanstående läkemedel eller med varandra. Skall dessa läkemedel användas måste de administreras separat i en egen läkemedelspump:

- Toradol Injektionsvätska 30 mg/ml
- Dynastat Injektionsvätska 40 mg/ml
- Furix Injektionsvätska 10 mg/ml

Natriumklorid är alltid blandbart med alla de läkemedels som här är beskrivna att de kan ges i en subkutan läkemedelspump.

Referenser

Rosoff A Central Role for Palliative Care in an Influenza Pandemic 2006

Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective study. Lancet, 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

Zhonghua 2020 Feb 20;17(0) (Chinese) [Expert consensus on preventing nosocomial transmission during respiratory care for critically ill patients infected by 2019 novel coronavirus pneumonia].

WHO Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected Interim guidance 13 March 2020

Wu Chaomin JAMA Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China

Day M. Covid-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists
BMJ 2020;368:m1086 doi: 10.1136/bmj.m1086

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html>

The Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS) COVID-19 Guidelines

Fritzson A, et al. BMJ Supportive & Palliative Care 2013;0:1–9. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000501