



Prosedyre for lindrende behandling ved Covid-19

Dato 06.04.2020. Versjon 1.1

Utarbeidet av Kompetansetjenesten for lindrende behandling Nord-Norge ved Bente Ervik og Sigve Andersen. Forankret hos intensivavdelingen og lungemedisinsk kompetanse på UNN samt fastlegerådet. Gyldig for UNN HF, men er utarbeidet med tanke på kommunehelsetjenesten og andre foretak i regionen.

En bestemmelse om å ikke legge pasienten inn på sykehus eller å ikke gi intensivbehandling må ikke frata pasienten tilbud om god lindrende behandling og omsorg.

Omfang

Prosedyren kan brukes av helsepersonell som behandler døende pasienter med Covid-19 sykdom som ikke skal intensivbehandles eller hvor intensivbehandling avsluttes.

Bakgrunn

Den pågående Covid-19 epidemien aktualiserer behovet for en spesifikk prosedyre for lindrende behandling av Covid-19 pasienter i terminal fase uten bruk av respirator.

Behandlingsbegrensninger

Denne prosedyren forutsetter at avgjørelse er tatt om at intensivbehandling ikke er aktuelt eller avsluttet. Pasienten vil da ikke ha nytte av intensiv støttebehandling eller respirator, og vedkommende bør da behandles på kommunalt nivå.

Plagsomme symptomer ved alvorlig Covid-19

Det er en bredde i symptomer og forløp av Covid-19 fra for eksempel eldre som tåler lite medikamenter og har lite symptomer til andre pasienter med dramatiske forløp og behov for solide doser raskt. Erfaringsmessig kan tilstanden hos pasienter med Covid-19 endre seg fort, fra stabil til terminal fase. Symptomtrykket vil da kunne øke betydelig over kort tid. Symptomer og kliniske problemstillinger vil blant annet være betydelig dyspné, angst, respirasjonssvikt, surkling, generelle ødemer og sirkulasjonsforstyrrelser. Opplevelse av kvelning i våken tilstand er fra andre land en gjentagende beskrivelse av den siste fasen.

Ikke-medikamentell behandling

Sørg for å trygge pasient og pårørende om at tung pust alltid kan lindres.

Følelse av tungpust/kvelning er angstdrivende, mens beroligende oppførsel og kompetanse hos helsepersonellet vil lindre.

En kald klut i ansiktet kan lindre.

Et åpent vindu kan lindre.

Medikamentell behandling av symptomer

Erfaringsmessig lindres sterke symptomer i terminal fase best ved parenteral (subkutan eller intravenøs) administrasjon av medikamenter, mens peroral og intramuskulær behandling ofte frarådes. Subkutan behandling er vanligvis lettvinnt og trygt, men kan ved omfattende ødemer og sirkulasjonssvikt, spesielt hos pasienter som har fått intensivbehandling, gi problemer med administrasjon. En perifer venekanyle (PVK) kan være vanskeligere å legge og kan oppleves plagsomt i denne fasen. En liten kanyle i en liten vene vil lett kunne gå tett



og ved omfattende ødemer og sirkulasjonssvikt kan det være vanskelig å få til en ny perifer tilgang.

Det absolutt sikreste er en robust intravenøs tilgang (som CVK, barnecvk i albue etc), men en solid venevei (f.eks grønn18 G) i stor nok åre (f.eks albue) kan være tilstrekkelig. 2 PVKer er anbefalt ved usikkerhet om tilgang og manglende sentral tilgang. Hos pasienter uten sirkulasjonskollaps, ødemer og hvor iv tilgang er besværlig å få til, kan subkutan tilgang fortsatt være tilstrekkelig. Link til [PVK prosedyre](#).
Intraosseøs (IO) kan brukes av de som behersker det som et alternativ for akutt iv tilgang og for medikamentet morfin.

Ved alvorlig dyspné med kvelning eller panikk	
Målet er å lindre pasienten raskest mulig. Eventuell livsforkortelse er ikke å anse som aktiv dødshjelp	
Morfin	Gi iv(/sc) 5(-7,5) mg inntil hvert 10 min. Titrer etter effekt.
Midazolam	Gi iv(-sc) 2,5(-5mg) mg hvert 10. min. Titrer etter effekt.

Morfin iv/sc

Effekt: Reduserer opplevelse av dyspné

Hos pasienter som ikke har brukt opiatere i forkant (opiat naive):

Startdose (2,5-)5 mg. Ved utilstrekkelig effekt etter 30 minutter økes dosen med tillegg av startdosen til hhv (5-)10 mg, og videre til (7,5-)15 mg etc pr dosering. Doser i parentes er for eldre, opiatnaive og skrøpelige. Etter hvert kan morfin gis på pumpe med beregnet døgn dose basert på oppstartsbehov, alternativt fordelt i bolus hver 6. time. Behovsdose ved ekstra dyspné er bolusdosen (1/6 til 1/10 av døgn dosen).

Pasienter som er tilvent opiatere fra tidligere.

Dosen morfin tilpasses tidligere forbruk. 1/6 til 1/10 av døgnose gis ved behov. Ved tvil om riktig dosering kan palliativt team kontaktes.

Morfin er førstevalg, men oksykodon kan brukes i samme doser og på samme måte som morfin og kan være mer gunstig ved nyresvikt.

Midazolam iv/sc

Effekt: Reduserer angst og uro, og gir sedasjon.

Gi Midazolam 1-2 mg iv/sc ved behov inntil hvert 30. min. Om ikke ønsket effekt oppnås innen 30 min, vurder å doble dosen.

Haloperidol sc

Effekt: Mot agitert delir, stor uro.

Hvis ikke symptomkontroll oppnås ved midazolam, vurder haloperidol 1-2 mg sc inntil hver 2. time til maks 10 mg, i tillegg til midazolam.

Depotformulering skal ikke gis iv, standard haloperidol *kan* gis iv, men sc er standardmessig anbefalt.

Robinul iv/sc

Effekt: reduserer terminal surkling.

Husk at surkling oftest er mer plagsomt for pårørende og pleiepersonalet enn for pasienten. Startdose iv/sc 0,2 mg. Kan gjentas inntil x 5/døgn, da dosering 0,2 mg.



Oksygenbehandling

Effekt: bedrer oksygeninnholdet i blod og vev.

Oksygenbehandling er oftest ikke den mest effektive behandling av dyspné i terminalfasen og betraktes ikke som avgjørende for god lindrende behandling. Oksygenbehandling kan også gi plager fra bruk av utstyret og tørre luftveier. Oksygen kan forsøkes på maske eller nesekateter, mens CPAP bør unngås pga aerosolspredning. Hvis det ikke har lindret dyspné bør man seponere oksygen. Oksygen bør ikke startes hos bevisstløse døende pasienter og hos pasienter som går inn i terminalfasen bør oftest oksygenbruk seponeres.

Lindrende sedering

Effekt: intendert medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte.

Dette vil omfatte svært få pasienter i en situasjon som kan betegnes som ekstrem og hvor den vanlige symptomatiske behandlingen ikke kan avhjelpes uten at bevisstheten reduseres så mye at kommunikasjon med pasienten opphører eller blir sterkt redusert. Gis unntaksvis og er mest relevant for pasienter på sykehus. Se [retningslinje](#).

Kontaktpunkt ved behov for råd om palliasjon

Palliativt team UNN, 77669341 bemannet 08-15.

Utenfor dagtid er vakthavende på kreftavdelingen UNN tilgjengelig.

Eget personale:

Ta vare på eget personale! Belastningen på personalet under en pandemi og spesielt ved ivaretagelse av døende pasienter kan være stor og slitasje vil kunne oppstå. Det er utviklet en [ressursside](#) om ivaretagelse av helsepersonell.

Pårørende

Pårørende bør informeres og eventuelt tas med på råd rundt behandlingsavklaring. Det er generelt besøksforbud ved UNN og restriksjoner ved de fleste institusjoner, men det er på UNN besluttet at kritisk syke og døende pasienter likevel skal kunne få besøk av sine nærmeste som ikke er i karantene eller har luftveissymptomer. Dette må avtales på forhånd og er regulert jmf docmap prosedyre [RL7690](#).

Faglig støtte/kilder

[Lindrende skrin ved UNN med behandlingsalgoritmer for «dyspné» og «terminal uro/angst»](#)

[Faglige råd ved lindrende behandling i livets slutfase](#)

[Fem råd til sykehjemsleger](#)

[Metodebok for sykehjemsleger, Covid-19](#)

[Lindrende sedering i livets slutfase](#)

[Oppdatert dyspné algoritme fra KLB Vest](#)

[Link til prosedyre for PVK](#)

[Kommunikasjonsråd rundt korona](#)

[St.Olavs prosedyre for lindrende behandling ved Covid-19](#)