

Palliativ vård i livets slutskede vid COVID-19

Christel Hedman, Jonas Bergström, Per Fürst. Stockholms Sjukhem Palliativ vård. Version 2020-03-26

Palliativa vårdens roll

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 anhöriga kan vara begränsade att besöka sjuka personer både på sjukhus och andra institutioner. Anhöriga kan bli involverade vid beslut angående närstående utan att vara närvarande eller ha tillgång till all tillgänglig information. Att hjälpa närstående att förmedla patientens vilja, bibehålla värdighet i vården, 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. Av största vikt är att personalen också får hjälp att handskas med etisk stress, oro och sorg.

Palliativ vård i livets slutskede vid viruspandemi - vad vi vet

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

Behandlingsförslag palliativ vård i livets slutskede vid Covid-19

Palliativ vård i livets slutskede förutsätter att alla kurativt syftande åtgärder har prövats eller övervägts och att vårdinriktningen har dokumenterats. Symptomlindring vid palliativ vård i livets slutskede vid COVID-19 förväntas i stort inte skilja sig från annan palliativ vård i livets slutskede.

Utgå från att patienten hör och förstår allt du säger, även om det inte verkar så. Kommunikation med både patient och närstående är essentiellt.

Användning av subkutan läkemedelspump för administrering kan vara en fördel då det ger bra symptomkontroll och kan frigöra resurser.

Om pump inte är tillgänglig ges läkemedel vid behov enligt nedan. Om symptom kan förutses, tex smärta, kan man också ge subkutana injektioner regelbundet, med fördel med kvarliggande subkutan infart för att slippa upprepa stick.

Otillräckligt lindrade symptom i livets slut besväras både patient, närstående och personal.

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.

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

Luftvägsbesvär

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

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

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 provas, se nedan.

Rosell från luftvägarna i livets slut – Antikolinergika (Buscopan eller Robinul) 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 kring detta kan då ofta vara viktigare än att behandla/minska själva rosslet.

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

Inhalation av koksalt (NaCl) kan provas, men efter övervägande av eventuell risk för smitta med inhalationsbehandling.

Obstruktivitet – Bricanyl kan ges subkutant. Inhalation av bronkvidgande läkemedel med mask kan provas efter övervägande av eventuella risk för smitta med inhalationsbehandling. Spacer kan övervägas.

Kortison är ofta generellt symtomlindrande vid luftvägsbesvär, kan minska inflammatoriska besvär och kan användas i tillägg vid ett flertal olika luftvägssymtom.

Hosta – Oftast är opioid mest effektivt. Om opioid redan används mot dyspné räcker ofta dosen. Annars provas 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.

Kortison kan användas som febernedsättande vid tex tumörfeber och kan prövas som symtomlindrande även vid Covid-19 vid vård i livets slutskede.

Smärta

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

Illamående

Förstahandspreparat är Primperan. Haldol är även detta väl beprövat och studerat vid illamående. När Primperan eller Haldol ej hjälper kan ondansetron prövas.

Kortison, framför allt Betapred/Dexametason, har vid palliativ vård visats hjälpa mot illamående och kan med fördel läggas till.

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	Rosell		1 ml sc vb	0,6-1,2 mg/ dygn
Buscopan 20 mg/ml	Rosell		1-2 ml sc vid behov	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	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	
Primperan 5mg/ml	Illamående	10mgx3	1-2ml sc,iv vb	30-60mg/dygn
Ondansetron 2mg/ml	Illamående	4-8mgx1	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