

Smittskyddsenheten  
Region Västerbotten  
901 89 Umeå

## Minnesanteckning

**Tid:** Fredag 8 maj kl 13-15

**Plats:** Dorotea-rummet, Regionens hus, Umeå

### Nätverket för läkare som ansvarar för Särskilda Boenden (SÄBO) i Västerbotten där fokus är infektioner. Fokus pandemin/Covid-19

Ann Lindqvist Åstot, geriatriker, inledde mötet med genomgång av lite praktiska regler samt en kort summering av vårt senaste möte 2020-03-27 och sedan fick deltagarna på plats presentera sig själva.

Ann påminde om att våra minnesanteckningar, Powerpoints och annan information från våra nätverksmöten sedan en tid tillbaka sparas enligt följande;  
Smittskydd Region Västerbotten - Strama - Protokoll - Nätverksträff äldreboenden

Det är viktigt att respektive Hemsidor är de källor vi använder i tid av Pandemi. Information och olika PM uppdateras frekvent!

#### Smittskyddsenheten

##### **Se bifogad gemensam bilaga från smittskydd/vårdhygien, bilaga 1.**

Therese Thunberg, infektionsläkare/smittskyddsläkare, inledde med att ge oss en nulägesbild av antalet smittade i Västerbotten.

Hon berättade att 4 patienter har avlidit på SÄBO i Västerbotten. I Norrbotten har de haft 20 patienter som har avlidit på SÄBO + ytterligare 9 inom äldreomsorg.

#### Vårdhygien

Pia Nilsson, Vårdhygiensköterska i Västerbotten, berättade att vi i Region Västerbotten har haft Covid-19 på 8 SÄBO i 6 olika kommuner. På ett boende har de även kunnat bekräfta smitta mellan personalen. Vårdhygien har haft väldigt god kontakt med boendena. De åker ut till dem på plats för att stärka upp vården.

FRÅGA: Ann

Då vi hittills har sett få fall på våra SÄBO som i flera fall hittills verkar ha "stannat" vid just några få patienter, har de på vårdhygien sett tydliga framgångsfaktorer?

Pia svarade att det är svårt att dra några säkra slutsatser utifrån att vi har just så få fall men boendena har haft sjuksköterskor som verkligen har varit "på hugget" och styrt upp arbetet på ett bra och tydligt sätt samt har de haft snar och tät kontakt med vårdhygien!

Maria Marklund, läkare Vårdhygien, berättade att Folkhälsomyndigheten nu kommit med lite ny information vad gäller andningsskydd inom äldrevården. Malin Grape, enhetschef vårdhygien Folkhälsomyndigheten, öppnar för användande av munskydd inom äldrevården; "kan övervägas som extra åtgärd". Detta får beslutas mer lokalt.

Maria har gjort en ny skrivelse som kommer att publiceras på LINDA så fort den är klar om detta. Hon berättade även att de har gjort en film (Riktat sig till kommunal vård och omsorg) om skyddsutrustning som alla bör se. De har även gjort en checklista att använda vid förekomst av Covid-19 på SÄBO, denna kommer inom kort.

Vårdhygien berättade att de veckovis träffar MASarna via videomöten och de har tät kontakt med SÄBO och deras enhetschefer.

Vi pratade en kort stund om provtagning för Covid. Ingen provtas som inte uppvisar symtom.

I Umeå planeras det för uppstart av SÄBO-platser på Dragonens äldreboende, där det ska finnas möjlighet för vård av patienter med konstaterad Covid som sedan tidigare har Hemsjukvård och inte klarar sig i hemmet. Vårdhygien har varit inkopplade i översyn av lokaler etc.

Arbetskläder (och ej privata) ska tillhandahållas läkarna vid arbetet på SÄBO, antingen via hälsocentralen eller lån från SÄBO.

Basala hygienrutiner och förstärkt skyddsutrustning i de fall det behövs är alltid grunden.

Vårdhygien har diskuterat med MAS om möjlighet för anhöriga att träffa sina äldre utomhus, men det är svårt med generella rekommendationer.

Vi pratade om vikten av att anhöriga får möjlighet att få ta avsked av sin anhörig om hen är i livets slutskede. Det är enhetschefen som tar beslutet om olika besök på SÄBO och här gäller det att vi tänker klokt tillsammans för att hitta lösningar.

### **Infektionskliniken, NUS**

Vi pratade om insjuknande i Covid och de fall där patienterna får en bakteriell pålagring. Detta är svårt och vi vet att Covid kan visa sig i ett förlopp med 2 faser. Om vi får misstanke om bakteriell pålagring härrörande från luftvägarna kan vi lägga till luftvägsantibiotika. Vi pratade om det är något speciellt vi ska tänka på i preparatval och infektionsläkare Maria Furberg informerade om att vi då ska välja "vanliga" luftvägsantibiotika, ex nämndes Kåvepenin, Amimox.

Vi pratade också om möjligheten till inj Rocephalin som är ett mer sällan använt preparat på SÄBO men i enstaka fall kan det ha sitt värde. Detta har vi pratat om åtskilliga gånger tillsammans i nätverket.

En patient med covid-19 får ofta rejält förhöjt CRP, (upptill 400–500). Men de har inte samtidigt förhöjda vita blodkroppar.

Maria Furberg tipsade även om att man kan prova att vända patienterna till "magläge" om detta skulle vara möjligt hos våra sköra patienter, då detta kan underlätta andningen. Likaså framstupa sidoläge.

Maria tipsade också om att de på infektionsavdelningen ser till att i de fall de bedömer att det är lämpligt så sätts de ut/pausar behandling med ex ACE-hämmare/ARB, likaså flertalet perorala antidiabetikum. Det finns annars en ökad risk för ketoacidosis.

FRÅGA: Lina Zetterholm, Ersboda HC: Är den vanliga säsongsinfluensan helt borta nu?

SVAR: Ja i stort sett. Vid förra veckans rapport från Virus lab så hade de inte ett enda fall.

Kommentar från Lina; då behöver vi inte tänka på ev behandling med Tamiflu.

Vi pratade sedan om trombosprofylax vid Covid-19. Maria informerade att de som vårdas på sjukhuset med svårare Covid-19 behandlas med dubbel profylax-dos, där dosen minskas framöver om/när patienten tillfrisknar.

Hos patienter på SÄBO som insjuknar i Covid bör vi absolut tänka tanken kring trombosprofylax. Om vi har patienter som sedan tidigare har anamnes på trombosjuklighet och/eller har en patient som i vanliga fall brukar vara tydligt rörlig och plötsligt hamnar i immobilisering - här får vi tänka extra kring insättande av trombosprofylax. Sedan handlar det som vanligt om att vi får göra en så klok och rimlig bedömning som möjligt utifrån vilken patient vi har framför oss.

Distriktsläkare/chefsläkare Nino Bracin tittar nu extra på bl a denna fråga och information kommer att komma ut inom kort. På Vårdpraxis finns det en speciell mapp för rutindokument rörande Covid.

### Läkemedelscentrum

Sara Norberg, klinisk apotekare, berättade om GBA= Generella behandlings anvisningar, var god se **bilaga 2** samt baksidan av Terapirekommendationerna.

Ex finns Amimox och Kåvepenin. De palliativa läkemedlen finns också med i GBA. Tillfälligt är inj Bricanyl tillagd, för subcutan administrering, som enligt Socialstyrelsen kan vara ett alternativ vid Covid på SÄBO. Vi delgavs information om att Midazolam är nära en restnotering. Apoteken ser nu över detta!.

Många SÄBO har sett till att ha mindre lager hemma i nuläget med bl a palliativa läkemedel.

Nebulisatorer ska inte användas eftersom det kan innebära en ökad smittspridning. Därför ska Spray/Spacer istället finnas tillgängliga där en separat mask går att ansluta om behov finns. Optichamber går att rengöra med 3 % väteperoxid, som de har lagt till på GBA. Det är dock viktigt att tänka på att masken till Optichamber inte kan rengöras så den behöver vara personbunden.

Delen om GBA är på gång att läggas ut i Vårdpraxis men informationen om nebulisatorer finns där redan. Du hittar det genom att gå till [regionvasterbotten.se](http://regionvasterbotten.se) webbplats:

- Hälsa och vård
- För vårdgivare
- Behandlingsstöd och vårdriktlinjer
- Läkemedel för kommuner

Där finns tillägget och även den senaste versionen. Är tryckt på baksidan av terapirekommendationerna. Se **även bilaga 3**.

FRÅGA: Sonia Collins, Mariehems HC berättade att hon nyligt varit bakjour och det rådde oklarheter med bla olika telefonnummer (coronajour sjukhuset, coronajour bakjour primärvården) i jourlinjer och de uppgifter som sjuksköterskor på SÄBO hade.

SVAR: Åse Ring lovade att ta upp frågan inom kort med Ewa Klingefors och med MAS!

Klin apotekare Therese Ahlepil deltog också i mötet och delgav oss information och kunskap.

### Palliativ medicin

Henrik Ångström avslutade mötet med att berätta mer om palliativ vård vid Covid-19.

#### **Var god se bilaga 4.**

De patienter han pratade om är patienter i sen fas där det är taget beslut om brytpunkt. Det är otroligt viktigt att vi har en god palliativ planering. Vad gagnar patienten? Individuella vårdnivåbeslut måste göras på alla för att möjliggöra kloka beslut. En av de viktigaste frågorna är VAR ska patienten vårdas.

Vi vet sedan tidigare att 1-årsdödligheten på SÄBO är 40%!

Ann inflikade att vi kommer att ha många olika scenarier på våra SÄBO där vi kan ha allt ifrån lätt sjuklighet mer i form av lätta förkylningssymtom till mer svår sjuklighet där vi kommer få ta olika/individuellt anpassade beslut. De flesta kommer att få fortsatt vård på sitt SÄBO men vi kommer också kunna ha fall som behöver vård på sjukhuset OM inte insatserna räcker till på SÄBO och det ev finns andra omständigheter. Det går inte att se helt "svart eller vitt"!

Patientens bästa är för våra ögon!

Det behövs även besluts kring HLR, Antibiotika? Dropp? Vi som känner patienterna bör fatta dessa beslut.

Vi ska egentligen jobba precis som vanligt i vårt arbete på SÄBO och olika beslut men mycket är nytt för oss att förhålla oss till och det är en oviss tid!

Generellt sätt så gagnas dessa patienter inte av att flyttas till sjukhus. Men om de fortsätter att få sin vård på boendet så behöver vi både kunna ge god vård och god palliativ vård!!

Andnöd: Dålig koppling mellan uppmätt saturation och upplevd andnöd. Andnöd är vanligt oavsett vilken diagnos.

Maria pratade en stund om tyst hypoxi, "happy hypoxia", dvs patienter de sett som har en tydligt nedsatt saturation vid mätning men som inte märker av detta.

Ett dilemma är att vi generellt är dåliga på att behandla andnöd! Vi behöver bli bättre! Rädsla för biverkningar? Det finns flera studier som visar att Morfin har god effekt! Det finns lägre stöd för att Benzodiazepiner fungerar mot andnöd, och ännu lägre stöd vad gäller syrgasbehandling. Glöm inte bort att patienten även i sen fas kan ha symtom på hjärtsvikt. Vad gäller inj Furix, tänk på att 2ml sc går bra att ge på ett ställe men behövs mer än så är det klokare att dela upp dosen och ge nästa 2ml på ett annat ställe sc. Annars gör det ont!

Fortsatt om Morfin, oklar verkningsmekanism, överdriven rädsla för biverkningar. Håller man sig till de allmänna rekommendationer som finns så slår vi inte ut patientens egen andning. Morfin är förstahandspreparat vid andnöd och smärta. Dock oklart om alla Opioder har effekt. Oxykodon är något ifrågasatt. Om inte resultat uppnås - testa en annan sort. Det är bara vid njursvikt som vi rekommenderar Oxykodon. Några enstaka Morfindoser går bra att ge även till patienter med njursvikt, patienten hinner inte ackumulera metaboliter vid av enstaka doser. Tänk på behandlingen på samma vis som vid smärta. I stort sett alla patienter som får Morfin vid andnöd har mycket god effekt av det.

Angående ev andningsdepr; Patient med andnöd har en förhöjd andningsfrekvens dvs ineffektiv ventilation. Om patienten använt Morfin sedan tidigare utvecklas en tolerans mot den andningsdepr effekten.

Gå hellre över till Hydromorfon om det börjar bli höga doser.

Info från Henrik; Dolcontin nu åter i de olika doserna sedan tidigare.

Om patienten står på Fentanylplåster sedan tidigare så låt dom ha kvar den regimen. Ge morfin vid behov utöver. Det finns bra konverteringstabeller!. Har patienterna hög feber så ökar patientens upptag av plåster dvs effekten tar slut fortare och plåstret kan behöva bytas ngt oftare.

Benzodiazepiner har bristande evidens för effekt mot andnöd men används som tilläggsbehandling. Ångestdämpande. Halv dos vid njursvikt, brukar ge halv dos även vid äldre patienter med låg kroppsvikt.

Midazolam/Dormicum kan ge en tillfällig amnesi, vilket i dessa fall kan vara önskvärt, hos dessa patienter med svår andnöd.

En del patienter kan bli något "uppvarvade" och för de som står på detta kontinuerligt brukar man därför även lägga till Haldol för att minska denna effekt.

Vid plötslig utsättning får man tänka på substitut för att undvika abstinens!

[Syrgasbehandling, det finns ett PM om syrgasbehandling vid palliativ vård i livets slutskede på LINDA](#). Där annan symtomlindring inte haft tillräcklig effekt. Vid Covid-19 verkar höga doser behövas. Beakta risken för koldioxidretention hos ffa patient med KOL eller hypoventilation. Väg nytta med minskade symtom kontra risken. Utvärdera regelbundet, avsluta vid utebliven effekt. Det finns viss möjlighet till utlåning av syrgaskoncentratorer via palliativ medicin i Umeå och Skellefteå.

Distriktsläkare Hanna Lindvert, Tärnaby HC, delgav oss att sjukstugorna har möjlighet till syrgasbehandling, vårdplatser finns.

Syrgaskoncentrator; max 5L/min. "Säker dos" är max 1 L.

Det går enligt Henrik relativt snabbt att notera om patienten verkar ha nytta av syrgasbehandling eller ej.

Kontakta de palliativa konsultteamen i Umeå, Skellefteå och Lycksele för rådgivning. Vid akuta ärenden jourtid kontaktar läkare jouden vid palliativ medicin Umeå via växeln, gäller hela Västerbotten.

Hosta, förstahandsbehandling är Opioder, behandla som vid andnöd och smärta.

Rosslighet; inte sällan är ljudet skrämmande för anhöriga och vårdpersonal. Se till att ge information till anhöriga och personal vad möjliga orsaker är, detta lugnar/tryggar! Sekretet sitter i övre luftvägar. Det beror på att patienten inte kan hosta eller svälja samt att patienten ej längre rör på sig. Bedöm patienten och värdera allmäntillståndet. Munvård och en ev lägesändring kan göra att ljudet försvinner. Ska helst inte behandlas med läkemedel. Använd läkemedel med försiktighet. Kan även vara hjärtsvikt, prova Furix.

Robinul; passerar ej blodhjärnbarriären (dvs blir något bättre alternativ än Morfinscopolamin). Robinul sänker nyproduktionen av slem samt är bronkvidgande. Vanliga biverkningar är muntorrhet, hjärklappning, påverkan på urinblåsan/risk resurin, ögonpåverkan.

#### LÄSTIPS:

- SoS – symtomlindring i livets slutskede. Läkemedelsbehandling i palliativ vård i livet slutskede. Finns på LINDA/Vårdpraxis/Covid 19 – med kommentarer ang. användande av inj NSAID, pumpar och syrgasbehandling. (Har även skickats ut till våra MASar).
- Läkartidningen, nr 15-16, Palliativ farmakologisk behandling vid svår covid-19, M Ekström.
- DN, Peter Strang, 2020-04-16 från palliativa registret. "Andnöd i livets slutskede är vanligare bland Covid-19 smittade på sjukhus än på äldreboenden". Så sköra att de dör i den här första fasen, innan de hunnit utveckla andnöd.
- Terapirekommendationer Västerbotten

Arbetats kring frågan syrgasbehandling till icke döende, av läkare Per Bloom och Sofie Jakobsson. Detta rör vård på sjukhus - syrgasbehandlingen måste nog kunna monitoreras!

FRÅGA: Lina Zetterholm, Ersboda HC: Är det lämpligt att ta med studenter nu då vi rondar våra SÄBO? SVAR; Inte på SÄBO om där finns en utbredd smitta. Men annars är det viktigt att de har möjlighet att vara med och lära. Självklart fortsatt fokus på basala hygienrutiner.!

Ann avslutade med att Tacka alla deltagande via länk och alla deltagare i Dorotearummet som verkligen bidrog till en träff där vi fick möjlighet att "mötas" i det svåra, där detta stärker oss som gör att vi orkar och inte minst fick vi en ökad kunskap och ökad insyn i var vi kan hitta information! William Osler, känd som den "moderne medicinens fader", beskrev tidigare att "lunginflammationen var den gamle mannens vän"

Den tid vi nu alla är i genererar onekligen många frågor, funderingar och tankar!  
Tack för allas engagemang!/Ann

Vid pennan ✍

Denise Jarvis

Smittskyddssekreterare