

# Vård av patienter med Covid-19

## i hemsjukvård och kommunala boendeformer

### Syfte

Beslutsstöd för läkare vid vård av patienter med Covid-19 i hemsjukvård och kommunala boendeformer.

### Målgrupp

Läkare på vårdcentral, mobila team samt hembesöksbilar

### Inledning

I princip all kunskap och vårdriktlinjer rörande svårare Covid-19 baserar sig på sjukhusvårdade patienter. Detta beslutsstöd är en anpassning av Region Skånes aktuella vårdriktlinjer för slutenvården för patienter som vårdas i hemsjukvård och kommunala boendeformer.

### 1. Grund för beslut om vårdnivå

Grunderna för beslut om vårdnivå och vidare medicinska insatser vid fortsatt vård i hemmiljö är de samma, oavsett vilket sjukdomstillstånd det gäller. Som alltid gäller individuell bedömning baserat på patientens aktuella situation, tidigare sjukhistoria, och beslut om behandlingsbegränsningar i dialog med patient/närstående/omvårdnadspersonal och i samråd med kommunsjuksköterskan och/eller kollega.

Vikten av att ha dessa dialoger innan patienten försämras i sin grundsjukdom eller blir akut sjuk kan inte nog betonas, annars finns det risk att den enskildes önskemål och behov inte blir kända och att mindre välgrundade beslut fattas på jourtid när varken patientansvarig läkare eller sjuksköterska är i tjänst.

## 2. Infektion med Covid-19

Precis som vid andra infektionssjukdomar som drabbar våra äldsta och sköraste är variationen stor när det gäller sjukdomsbördan vid Covid-19 – från inga eller ringa symtom till ett mycket snabbt och fulminant förlopp. Det som är kännetecknande för Covid-19 är att efter cirka en vecka med lindrig eller måttlig sjukdomsbild kan en snabb försämring i en sepsisliknande bild inträda, som i sin tur följs av en immunologisk hyperrespons ledande till syrgaskrävande ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome).

### 2.1 Typisk sjukdomsprogress vid försämring

- Dag 1: initialt insjuknande med ett eller flera av: luftvägssymtom/hosta, nedsatt eller förlorat lukt/smaksinne, muskelyr, huvudvärk, trötthet, illamående, feber, gastrointestinala symtom.
- Dag 6-7: tillkomst av dyspné vid ansträngning. Dock påtagligt ofta avsaknad av dyspné trots låg saturation.
- Dag 9-10: tillkomst av sepsisinsjuknande med sviktande organsystem.
- Dag 10-12: ofta snabb försämring med immunologisk hyperrespons - ”cytokin-storm” - ledande till ARDS. Patienten är då aktuell för IVA/respiratorvård. I det fortsatta förloppet kan senare akut njur- och myokardskada utvecklas för de med ökad risk för mortalitet.

## Beslut om vårdnivå

### 1. Kurativt syftande behandling

#### 1.1 Sjukhusvård

Behöver patienten avancerade insatser, till exempel syrgasbehandling, så är sjukhusvård aktuell om inte patienten avböjer detta, inte bedöms klara sådan vård eller att vården riskerar att skada patienten. Även om det finns beslut om att avstå IVA/respiratorvård i det enskilda fallet kan syrgasbehandling ges på vanlig vårdavdelning eller intermediärvårdsavdelning.

Den viktigaste faktorn som kan göra att patienten inte klarar vård på sjukhus är kognitiv sjukdom och som medför att patienten inte kan medverka till vårdåtgärder, till exempel syrgasgrinna/mask. Infektionen i sig kan bidra till ökad förvirring, fallrisk och andra problem som gör att sjukhusvård inte bedöms vara till gagn för patienten.

Kontakta alltid infektionsjour innan patienten remitteras in.

Remissindikation:

1. Syrgasbehov

SpO<sub>2</sub> < 90 % (Lägre gräns vid KOL)

Gör en individuell bedömning utifrån habituellt värde (vid symtomdebut). Basera beslutet på upprepade mätningar och patientens allmäntillstånd.

2. Sepsisbild

Sänkt medvetandegrad, takypné, hypotension, takykardi, hyper/hypotermi. Även här måste en individuell bedömning göras utifrån habituella värden.

### **1.2 Medicinsk handläggning polikliniskt**

Adekvat behandling av patientens grundsjukdomar, till exempel steroidbehandling med eller utan antibiotika vid exacerbation av KOL.

Sedvanlig andningsvård vid behov.

1. Trombosprofylax (för patienter utan pågående antikoagulantia-behandling)

Följande kriterier bör vara uppfyllda:

- Patienten förväntas vara uttalat immobiliserad i minst 3 dagar (från tidigare uppegående/uppesittande till strikt sängläge)
- Låg blödningsrisk
- Aktuella prover avseende Hb, TPK, PK, APTT, ALAT och Kreatinin föreligger

Läkemedelsval:

- Inj.vätska Klexane 4000 ie (40mg)/0,4 ml 1x1 subkutan

Behandlingstid:

- 7–10 dagar eller så länge patienten är immobiliserad och har kvarvarande symtom.

Klexane finns i kommunernas basläkemedelsförråd.

Läs mer (alternativa läkemedelsval):

[Trombosprofylax vid Covid-19 infektion – läkemedelsrådet](#)

## 2. Steroidbehandling

Sjukdomsduration minst 7 dygn och CRP > 100 och snabb klinisk försämring

Läkemedelsval:

- T. Betametason 0,5 mg 10x1
- Inj.vätska Betametason 4 mg/ml 1,25 ml iv 1x1

Behandlingstid:

- 7-10 dagar

Båda läkemedlen finns kommunernas basläkemedelsförråd.

## 3. Bakteriell superinfektion

Bakteriella komplikationer är mindre vanliga. Högt CRP talar i första hand för för immunologisk hyperrespons associerat med Covid-19 och indikerar behov av steroidbehandling enligt punkt 2.

## 4. Gastrointestinala symtom

Matleda är mycket vanligt. Vid illmående/dyspepsi:

- T. Esomeprazol 20-40 mg 1x1

## 2. Vård i livets slutskede/palliation

Sedvanliga palliativa åtgärder och läkemedel har visat sig fungerat utmärkt även vid Covid-19. Dyspné i vila är ovanligt. Morfin har den överlägset bästa effekten vid dyspné. Vid svårbehandlade symtom, kontakta Palliativ vård och ASIH för konsultation.

## 3. Smittfrihet

- Patienter på kommunala boendeformer bedöms smittfria efter 14 dagar från symtomdebut, samt 2 dagars feberfrihet och allmän förbättring.
- Patienter med hemsjukvård bedöms smittfria efter 7 dagar från symtomdebut, samt 2 dagars feberfrihet och allmän förbättring.

Granskat av:

- Infektionskliniken SUS – ansvariga för vårdprogram Covid-19 i slutenvård
- Terapigrupp Äldre och läkemedel
- Läkemedelsrådet Skåne