

Helsedirektoratet 27.02.20:

Anbefalinger for håndtering av Covid-19 i kommunale helse- og omsorgstjenester

Sykehjem

Kommuneledelsen bør forberede en helhetlig organisering av alle kommunens sykehjem slik at de kan håndtere mange smittede og andre alvorlig syke samtidig.

En godt planlagt organisering vil gjøre gjennomføring av strukturelle endringer langt enklere.

Mange alvorlig syke pasienter/beboere vil kunne gi endrede kriterier for bruk av sykehjemmene.

Eldre og multisyke som blir smittet av covid-19 har økt risiko for et alvorlig sykdomsforløp, som kan ha et dødelig utfall. Det er generelt slik at de fleste alvorlig syke og terminale pasientene ved sykehjemmene får god pleie og omsorg ved sykehjemmene uten å bli lagt inn på sykehus. Et kapasitetsproblem ved sykehusene kan føre til at enkelte pasienter, som normalt ville blitt vurdert for innleggelse, ikke blir innlagt. Dette kan bli en belastning for sykehjemmene.

Kommunehelsetjenesten må derfor planlegge for håndtering av en situasjon med flere alvorlig syke beboere på sine sykehjem.

Helsepersonell vil i en slik situasjon måtte gjøre vanskelige prioriteringer se anbefalingen Alle sykehjem bør ha en oppdatert og journalført behandlingsavklaring for hver enkelt pasient.

Dedikerte avdelinger eller hele sykehjem for pasienter med covid-19

Ideelt sett bør man samle smittede sykehjemspasienter på samme avdeling på ett sykehjem, eventuelt dedikere ett eller flere hele sykehjem til dette formålet. Helsepersonell ved disse avdelingene/sykehjemmene vil bli ekstra kjent med gode smitterutiner, og det vil således redusere fare for svikt i rutiner. Ved mangel på smittevernutstyr vil en annen gevinst være at det vil kunne effektivisere og spare bruk av smittevernutstyr siden alle pasientene allerede er smittet.

De opprinnelige beboerne kan midlertidig flyttes, eksempelvis hjem til pårørende, til andre avdelinger/sykehjem eller til annen institusjon som hotell med mer. Beboerne/pasientene bør ikke flyttes ut av kommunen om det kan unngås.

Vi kan ikke utelukke en situasjon der kommunene må ta seg av mange covid-19-syke pasienter utenfor sykehjem som normalt ville vært innlagt sykehus.

Det bør planlegges for stort fravær blant personalet og virksomhetsledelsen bør gjennomføre tiltak som forebygger og kompenserer for slikt fravær.

Forebygging av stort fravær og plan for tiltak ved stort fravær av ansatte vil redusere sannsynligheten for store negative driftsmessige konsekvenser.

Teamorganisering av personalet

Personalet, både pleiepersonell og annet personell, bør organiseres i team slik at hver enkelt ansatt har kontakt med færrest mulig andre.

Innenfor hvert team bør det legges opp til minst mulig nærkontakt for å redusere en potensiell smitterisiko, eksempelvis ved mer enn to meters avstand under rapportering og pauser. Vurder også pauser til ulike tidspunkt. Dette vil forebygge smitte mellom personalet. Det vil også føre til at færrest mulig blir vurdert som nærkontakter dersom det blir påvist smitte, som igjen fører til færre i karantene eller isolasjon.

Ansatte som jobber på flere sykehjem innebærer en økt risiko for smittespredning fra ett sykehjem til et annet og bør derfor unngås.

Ansatte i risikogrupper, som eldre over 65 år og de med risikosykdommer i henhold til covid-19, bør ikke jobbe med pasienter som har påvist smitte.

Se for øvrig anbefaling «Alle sykehjem bør ha strenge interne smitteverntiltak i tråd med de til enhver tid gjeldende nasjonale føringer».

Fortsatt drift ved stort fravær blant personalet

Det er en risiko for at mange blant personalet kan bli satt i karantene eller isolasjon samtidig. Dette kan bli en utfordring med tanke på videre drift av sykehjemmet.

Det bør kartlegges om noen av beboerne midlertidig kan bo hos pårørende. Det bør også kartlegges om andre utenfor sykehjemmet kan bidra i drift av sykehjemmet. Eksempler på dette er helsepersonell som ikke er i arbeid, frivillige, og ansatte fra andre avdelinger i kommunen som ikke har ordinær drift.

Ansatte uten helsefaglig kompetanse må gis opplæring om smittevern og sikres kompetanse knyttet til aktuelle oppgaver, se Introduksjon til helse- og omsorgsarbeid (amazonaws.com).

Alle sykehjem bør ha strenge interne smitteverntiltak i tråd med de til enhver tid gjeldende nasjonale føringer

Gode smitteverntiltak forebygger smitteoverføring til beboere og personell ved sykehjem.

Grunnet høy alder og komorbiditet har pasienter ved sykehjem økt risiko for alvorlige komplikasjoner om de blir smittet av covid-19. Det er derfor viktig at man tilstreber å unngå smitteoverføring, både utenfra og internt på sykehjemmet.

Pasienter med demens, og urolige pasienter som ikke følger anbefalte smitteverntiltak, må forsøkes overtalt. Dersom tillitsskapende tiltak og avledning ikke fører frem kan nødvendige tiltak for å unngå

overføring av smitte gjennomføres basert på nødrett. Slike tiltak må være forholdsmessige, og så lite inngripende som mulig.

Aktuelle tiltak kan være å føre pasienten til eget rom, kortvarig låsing av dør mv. Når det må gjennomføres tiltak basert på nødrett, skal kommunelege/kommuneoverlege informeres. Hvis det er nødvendig med omfattende tvangsbruk må tiltakene drøftes med kommunelege/kommuneoverlege.

All bruk av nødrett skal journalføres og begrunnes.

Følgende smitteverntiltak bør følges

- *Hyppig håndvask med såpe og vann, samt desinfisering*

Når håndvask ikke er mulig, skal hånddesinfeksjon foretas. Sørg for at alt personell får opplæring om forsvarlig håndhygiene.

[Håndvask såpe og vann - video 1 minutt \(kompetansebroen.no\)](#)

[Desinfeksjon av hender - video 8 minutter \(kompetansebroen.no\)](#)

- *Vask og desinfeksjon av inventar, utstyr og overflater*

Rengjøringspersonell, helsepersonell og annet personell tilknyttet sykehjemmet bør få opplæring om hygiene, smitteverntiltak og riktig bruk av desinfeksjonsmidler. Det bør være god tilgjengelighet og plassering av utstyr. Kontaktpunkter som dørhåndtak bør desinfiseres regelmessig og etter skjema, for eksempel hver andre time. Ved vandrende ikke samarbeidende beboere bør hyppigere desinfisering overveies.

Det bør være rutiner for adekvat vask og desinfisering av undersøkelsesutstyr som blodtrykksapparater, stetoskop, pulsoksymetre og annet utstyr som benyttes i pasientbehandlingen.

[Generelt om smittevern og avfallshåndtering ved sykehjem \(fhi.no\)](#).

- *Tilgang til og kunnskap om bruk av smittevernutstyr*

Sørg for at alt helsepersonell får opplæring i riktig bruk, og når utstyret skal brukes. Det bør være kontinuerlig kontroll av beholdning med varsling til rett instans ved behov for tilførsel. Låste lagre kan vurderes for å unngå svinn.

[Personlig smittevernutstyr \(fhi.no\)](#)

[Av- og påkledning - video 3 minutter \(kompetansebroen.no\)](#)

- *Interne tilpasninger*

Fellesarenaer som kafe/kantine bør stenges. Det samme gjelder frisør, fotterapeut og lignende.

Unngå fellesmåltider. Unngå at flere tilbereder mat i felles kjøkken

Beboerne bør sitte spredt i oppholdsrom med minst 2 meters avstand. Sørg for rikelig tilgang til desinfeksjonsdispensere slik at personalet kan bruke disse før og etter hver kontakt med beboer og på hyppig brukte kontaktflater som dørhåndtak med mer.

- *Streng besøkskontroll/besøksbegrensning*

Se anbefaling «[Alle sykehjem bør ha restriktive besøksrutiner for å redusere smittefare](#)». Indikasjon for bruk av frivillige og støttepersonell som prest, ergoterapeut, fysioterapeut, musikkterapeut med mer bør strengt vurderes. Dersom de skal fortsette sitt virke skal de bli opplært i smitteverntiltak.

Alle sykehjem bør ha restriktive besøksrutiner for å redusere smittefare

Streng besøksrutiner til sykehjemmet kan redusere fare for smitteoverføring til beboerne og personell.

Det er viktig å holde seg oppdatert på til enhver tids gjeldende retningslinjer. Per 27.03.20 gjelder alminnelig besøksstans.

Se faglig råd: [Alle helseinstitusjoner skal innføre adgangskontroll og alminnelig besøksstans.](#)

Pasienter i sykehjem vil på grunn av høy alder og komorbiditet ha økt risiko for alvorlige sykdomsforløp ved smitte av covid-19. Smitteoverføring fra besøkende er således en risiko, ikke bare for den enkelte som får besøk, men også for de øvrige beboerne ved sykehjemmet. Med besøkende menes pårørende og omgangskrets til beboere, frivillige hjelpere og andre som leverer tjenester og bidrar med aktiviteter ved institusjonen.

Det bør foreligge klare retningslinjer som er kjent blant personalet. Retningslinjene bør også foreligge på sykehjemmets internettside. Alle som ankommer sykehjemmet bør orienteres om besøksrutiner og smittevernrutiner ved ankomst, for eksempel gjennom plakater.

- Alt besøk bør klareres med personalet og loggføres
- Inngangsdør bør vurderes stengt/ha adgangskontroll
- Besøkende skal følge grunnleggende smittevernrutiner for å beskytte beboere. Det må lages gode systemer for å informere besøkende om dette
- Sykehjemmene bør legge til rette for alternativ kommunikasjon mellom beboere og pårørende, eksempelvis gjennom smarttelefon, skype, face-time med mer
- Det bør foreligge særskilt plan for håndtering av besøk i terminalfasen eller ved umiddelbar, livstruende sykdom.

Alle med symptomer på luftveisinfeksjon bør tolkes som covid-19 med iverksettelse av gjeldende nasjonale smitteverntiltak

Tidlig intervensjon og testing av beboere med luftveissymptomer er et viktig forebyggende tiltak for å begrense smittespredning i sykehjem.

Det kan være vanskelig å skille covid-19 fra andre luftveisinfeksjoner da sykdommen varierer fra mildt til alvorlig forløp. De hyppigst forekommende symptomene er tørrhoste, feber og tungpustethet. Det kan imidlertid også være sår hals, muskelverk, hodepine med mer.

Selv ved svake symptomer på luftveisinfeksjon bør pasienter på sykehjem isoleres på rommet og behandles som mulig covid-19 smittet.

Alle gjeldende smitteverntiltak for covid-19 smittede bør følges inntil resultat av testing foreligger. Ved smittet beboer med kognitiv svikt og vandring bør særskilte tiltak overveies, eksempelvis å leie inn ekstravakt. Det bør også vurderes om personer med symptomer på luftveissykdom bør plasseres i en annen enhet enn personer med kognitiv svikt som ikke er i stand til å følge gjeldende smitteverntiltak.

CRP har ingen rolle i diagnostisering og behandling av covid-19, men kan være en aktuell parameter ved mistanke om bakteriell superinfeksjon, eventuelt i differensialdiagnostisk øyemed. Ved klinisk undersøkelse bør man ha fokus på allmenntilstand og respirasjon og måle puls, oksygenmetning og respirasjonsfrekvens.

Se anbefaling [Alle sykehjem skal ha klare retningslinjer rundt behandling av alvorlig syke med Covid-19.](#)

Hvem skal testes

Det er avgjørende med god oversikt over en eventuell smitteutbredelse for rask igangsetting av tiltak. Alle beboere/pasienter med symptomer på luftveisinfeksjon, selv lette symptomer, skal så fort som mulig testes og isoleres med et tilpasset smittevernregime til prøvesvar foreligger.

Alle sykehjem bør ha en oppdatert og journalført behandlingsavklaring for hver enkelt pasient

Pandemien vil sannsynligvis innebære at vi kan få mange kritisk syke samtidig. I denne situasjonen med vanskelige behandlingsbeslutninger under tidspress, kan informasjonen i en behandlingsavklaring og forberedte pårørende sikre kvaliteten på beslutningene og tilliten rundt terminalforløpet.

Behandlingsavklaring bør foreligge for alle beboere/pasienter og oppdateres til omstendighetene i covid-19 pandemien

Gevinst ved sykehusinnleggelse bør vurderes grundig, og for mange pasienter vil overføring til sykehus ikke være indisert eller aktuelt. For mange sykehjemspasienter, spesielt de som har kognitiv svekkelse, vil trygge og kjente omgivelser være viktig. Ofte er det sykehjemmet som best kan ivareta de omsorgsmessige og helsemessige behovene, også ved alvorlig og livstruende sykdomsutvikling. En beslutning om ikke å legge pasienten inn på sykehus, eller ikke gi intensivbehandling, skal ikke frata pasienten tilbud om god lindrende behandling og omsorg.

Sykehjemslegene har ansvar for at det foreligger en behandlingsavklaring. Dersom dette ikke foreligger bør dette bli gjort så snart som mulig. Dette er spesielt viktig under pandemien fordi sykdomsutvikling kan skje fort.

Helsepersonell beslutter behandlingsavklaringen, pasientens ønsker veier tungt

- Akuttinnleggelse på sykehus?
- Bruk av antibiotika ved en livstruende infeksjon?
- Ønsker i forhold til bruk av lindringsmedisiner?
- Parenteral væske/ernæring mot livets slutfase?
- HLR status?

Behandlingsavklaringen bør uttrykke tydelig hva behandlerteamet konkluderer med i disse spørsmålene. Dersom det foreligger et livstestamente eller ACP skal det tillegges stor vekt når behandlerteamet må ta vanskelige beslutninger.

Prioriteringer i helsevesenet har blitt aktualisert av covid-19-pandemien. Alder er ikke et selvstendig prioriteringskriterium, men vil sammen med andre forhold ha betydning i den helhetlige prioriteringsvurderingen som må gjøres. Gamle som tilhører den sprekeste undergruppen i sin alder, kan ha like lang forventet levetid som en syk og sårbar yngre person. Det er derfor viktig å vurdere skrøpelighet og komorbiditet hos akutt syke for å avgjøre behandlingsnivå.

[Forhåndssamtale \(kompetansebroen.no\)](https://kompetansebroen.no)

[Forberedende samtale og ACP -Advance Care Plan \(helsebiblioteket.no\)](https://helsebiblioteket.no)

Ved moderat til alvorlig demenssykdom eller redusert samtykkekompetanse av annen årsak vil legen vanligvis måtte gjøre vurderingene sammen med de pårørende. På grunn av besøksrestriksjonene, og forventet stor arbeidsbelastning for helsepersonellet, kan det beste alternativet være å bruke telefon eller videosamtale for å reflektere over en behandlingsavklaring med de pårørende.

Dette vil gi en oversikt over hvilke pårørende som har et særskilt ønske og behov for et møte og en mer omfattende og tillitsskapende kommunikasjon enn det en telefon/videosamtale kan gi.

[Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien](#)

Alle sykehjem skal ha klare retningslinjer for håndtering og behandling av alvorlig syke med covid-19

For at sykehjemmene skal kunne håndtere en mulig situasjon med mange syke pasienter er det viktig med klare planer og rutiner om observasjon og behandling.

Stort tidspress og fare for alvorlig sykdomsutvikling vil kreve presis kommunikasjon mellom helsefaglige kolleger om viktige funn og sykdomsutvikling. Helsepersonell anbefales å legge frem en laminert utgave og benytte det enkle [kommunikasjonsverktøyet ISBAR \(kompetansebroen.no\)](https://kompetansebroen.no) ved konferering med vakthavende sykepleier og lege.

[Se også film om verktøyet \(kompetansebroen.no\).](https://kompetansebroen.no)

Symptomer tidlig i forløpet

Typiske symptomer er feber og tørrhoste, eventuelt muskelsmerter, slapphet og varierende grad av påvirket allmenntilstand. Det er også rapportert om hodepine, kvalme og diaré.

Symptomer lenger ut i forløpet

Mer alvorlige symptomer med tung pust opptrer gjerne etter omtrent en uke (4 - 10 dager), og man kan da se alvorlig utvikling med akutt respirasjonssvikt og multiorgansvikt. Vær spesielt oppmerksom ved symptomer og funn som:

- Rask forverring av dyspne eller allmenntilstand
- Respirasjonsfrekvens ≥ 22
- Hypoksi
- Nyoppstått forvirring
- Redusert allmenntilstand

Observasjonsplan med parametere som bør foreligge ved konferering med ansvarshavende sykepleier eller lege

- Temperatur
- Blodtrykk
- Puls
- Respirasjonsfrekvens
- Oksygenmetning (SpO₂)

Behandlingsplan

Erfaringer fra Covid-19 syke i andre land og ved norske sykehus har vist at de som starter med respirator har behov for dette i flere uker.

Våkne pasienter med lav surstoffmetning og åndenød bør tilbys O₂ (lavt/moderat dosert, forsøk 1-2 l/min). Tidspunkt for oppstart tilførsel oksygen kan være en vanskelig vurdering. Målet med behandlingen er lindring og ikke optimal surstoffmetning. Hos døende eller bevisstløse pasienter er oksygentilførsel lite aktuelt.

Enkelte sykehjemspasienter kan profitere på antibiotikabehandling ved en bakteriell sekundærinfeksjon, men for de fleste skrøpelige sykehjemspasienter vil en godt gjennomført lindrende behandling på sykehjemmet være en mer verdig behandling.

Steroider er ikke indisert, men om beboer står på dette fra tidligere skal behandlingen kontinueres.

Forsiktig intravenøs væskebehandling kan overveies men er ikke forsvarlig om faren for hjertesvikt er tilstede.

God lindrende behandling er noe alle sykehjem må kunne tilby.

Palliasjon og terminal behandling under pandemien

Palliasjon ved covid-19 skiller seg ikke vesentlig fra palliasjon ved andre tilstander, og man gjør ikke feil ved å følge etablerte rutiner og behandlingsalgoritmer.

Viruset angriper lungene og det er derfor spesielt viktig å forberede seg på å lindre hoste, dyspne og hypoksi. Alle pasienter bør sikres at adekvat palliasjon blir iverksatt til rett tid, uavhengig av tidspunkt på døgnet og hvem som er på vakt. Dette fordrer gode rutiner og opplæring blant personalet slik at de har tilstrekkelig kunnskap om de viktigste pleietiltakene og legemidlene ved palliasjon for å kunne observere og rapportere om effekt og eventuelle bivirkninger.

Personalet bør til enhver tid ha mulighet til å konferere med en med høyere kompetanse på området. Ved behov kan også palliativt team i spesialisthelsetjenesten kontaktes.

Tidspunkt for oppstart av medikamentell palliasjon

Dersom noen i personalet har reist bekymring om lindringen er god nok, er sannsynligvis tiden allerede inne for oppstart av systematisk medikamentell palliasjon, i det minste at legen fører opp aktuelle lindringsmedisiner på behovslisten.

Igangsettelse av lindring bør som hovedregel kommuniseres og reflekteres over med nærmeste pårørende, men dette skal ikke forsinke igangsettelse av palliasjonen.

Palliativ legemiddelbehandling

Ved lette til moderate symptomer:

- Paracetamol ved feber og kroppssverk.
- Noskapin ved tørrhoste, ved manglende effekt eventuelt overgang til opioider, eksempelvis Cosylan.
- O2 1-2 l/min ved dyspne og/eller redusert SpO2 (oksygenmetning). Dette avsluttes dersom ikke ønsket palliativ effekt.

Ved alvorlige symptomer og ved kort forventet levetid

Igangsett palliasjonsprosedyre, se lenker til aktuelle behandlingsalgoritmer og faglige råd under:

- Palliativ omsorg, tilstedeværelse av nærmeste pårørende eller helsepersonell. Målet er at ingen skal dø alene.
- Palliasjonsmedikasjon og tilganger: Enten som behovsmedisin eller helst som fast subkutan injeksjon hver 4. time. Bruk gjerne subkutan kanyle som butterfly, neoflon eller lignende for å forenkle multiinjeksjon. En liten dose morfin (1- 2,5 mg subkutan hver 4. time) og liten dose midazolam (1-2,5 mg subkutan hver 4. time) er effektivt og bortsatt fra noe sedasjon så er alvorligere bivirkninger sjeldne.

Sett frem medikamentskrin på beboers rom for å effektivisere, sikre rask administrering og redusere smittespredning.

Innhold i medikamentskrin: subkutan kanyle, Morfin, Midazolam, Haloperidol og Glycopyrron (eller Skopolamin).

Aktuelle behandlingsalgoritmer og faglige råd:

- [Oppdatert behandlingsalgoritme for dyspné ved covid-19 ved livets slutt \(helse-bergen.no\)](#)
- [Se Helsedirektoratets råd om lindrende behandling i livets slutfase](#)
- [Se Oslo Universitetssykehus litteratur om Den døende pasient](#)
- [Lindrende sedering \(legeforeningen.no\)](#)

Behandlingsalgoritmen kan skrives ut, lamineres og festes til hvert medikamentskrin. ([helse-bergen.no](#))



De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase

Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte, Dyspné	Morfin eller Oksykodon (opioidanalgetikum)	Smerte: 2,5-5 mg eller 1/6 av døgndosen (po:sc = 3:1) Dyspné: 1-2,5 mg Gjentas ved behov, inntil 1x/t	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	sc = subkutant
Angst, uro, panikk, Dyspné, muskelrykn., kramper, agitert delir	Midazolam (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2-2,5 mg Gjentas ved behov, inntil 1x/t (titrering)	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	sc
Kvalme uro, agitasjon, delir	Haloperidol (Haldol®, lavdoseneuroleptikum)	0,5-2 mg x 2 (mot kvalme) 2 mg x 3-5 (mot uro/agitasjon)	10 mg	sc
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	Glykopyrron, (Robinul®, antikolinergikum)	0,2 mg inntil 1x/t, maks x 6 / d	1,2 mg (sjelden nødvendig) ev. KSCI	sc

Obs: Både midazolam og glykopyrron brukes her utenfor godkjent indikasjonsområde.
Vedlagte behandlingsalgoritmer bygger hovedsakelig på erfaring. Bruken kan støttes ved ekstrapolering av forskning på pasientgrupper som ikke er døende.
Legen skal være klar over sitt ansvar når medikamenter brukes utenfor godkjente indikasjoner.

Alle sykehjem bør være forberedt på, og i stand til, å gi forsvarlig og effektiv behandling til mange pasienter til samme tid. Vær spesielt oppmerksom på kapasitet for oksygenbehandling

Sykehjemmene bør være godt forberedt til å behandle mange alvorlig syke til samme tid.

Det bør være klare rutiner for oversikt over legemidler og utstyr i henhold til lagerbeholdning, anskaffelse og tilstrekkelige mengder.

Nødvendige forberedelser av medikamenter og utstyr

Dette bør inkludere tilstrekkelig mulighet for å gi mange pasienter oksygentilførsel til samme tid (oksygenkolber, oksygenekstraktorer/konsentratorer, nesekatetere mm). Det bør også være tilstrekkelig tilgang til pulsoksymetre, helst slik at hver pasient kan ha hvert sitt pulsoksymeter for å unngå desinfisering mellom hver gangs bruk.

Videre trengs det tilstrekkelige mengder av subkutane kanyler som butterfly, neoflon med mer, de fire viktigste lindringsmedisinene til subkutan injeksjon (Morfin, Haloperidol, Midazolam, Glycopyrron), annet injeksjonsutstyr og medikamentskrin.

Nødvendig hurtigopplæring av leger, sykepleiere og helsefagarbeidere

Hele det helsefaglige personalet bør ha tilstrekkelig kunnskap, også om de fire viktigste medikamentene, slik at de kan involveres i målrettet observasjon av effekt og eventuelle bivirkninger. Dette vil lette kommunikasjonen med vakthavende sykepleier og redusere risiko for svikt.

Lindrende sedering (12 punkter fra Legeforeningen):

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/cc8a35f6afd043c195ede88a15ae2960/retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf>

Alle sykehjem bør ha en plan for håndtering av mange dødsfall under pandemien

Grunnet smittefaren vil håndtering av døde av covid-19 i sykehjem måtte følge nasjonale faglige råd. Sykehjemmene og kommunene bør forberede seg på et betydelig økt antall døde under pandemien.

Beboere ved et sykehjem er ekstra utsatt for alvorlige sykdomsutvikling dersom de blir smittet av covid-19. Dette gir økt risiko for et stort antall døde. Det er viktig at sykehjemmene i samråd med kommunen klarer hvordan dette skal håndteres. Manglende planlegging kan medføre økt smitterisiko og store logistiske utfordringer.

For stell av døde følges sykehjemmets ordinære rutiner. Alt personell som steller og/eller forflytter den døde skal ha på beskyttelsesutstyr og være oppmerksomme på lekkasje fra kroppsåpninger og om det er behov for forsterkede tiltak som bruk av morsposer (likposer). Det må tilrettelegges for at pårørende kan ta farvel med den som døde.

[Se råd til sykehjemmets håndtering av døde med covid-19-smitte \(fhi.no\)](#)

