

Palliativ läkemedelsbehandling

Regionala läkemedelsdagen 22-10-19

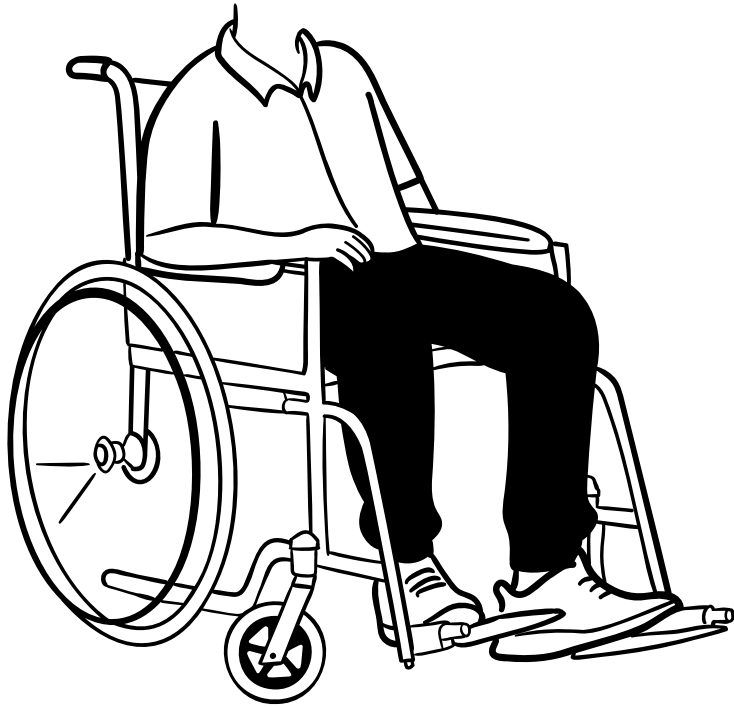
Barbro Ingemarsdotter Fredriksson, överläkare,
Område 6/Palliativa sektionen

barbro.ingemarsdotter@vgregion.se



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Vad är en palliativ patient?



Var befinner sig patienten i sin sjukdomsresa?

- Nydiagnostiserad, ej hunnit få operation eller behandling
- Hopp om stabil/kronisk situation med lång tid kvar i livet
- Progredierande – i vilken takt?
- Linjärt/förutsägbart lugnt förlopp eller sannolik berg-och-dalbana?
- *Efter brytpunktssamtal* – begränsad eller mycket kort tid kvar i livet?
- Livets absolut sista tid

Patientens väg genom svår sjukdom

- Process-tänkande
- Vårdnivå-tänkande
- Planering
- Utvärdering

-
- Nödvändiga samtal
 - Acceptans?
 - Hoppet flyttar sig
 - "I slutet är alla ganska lika"



Tidig palliativ fas

- Diagnostik, kirurgi, operation
- Onkologi + ev behandling

"Mellan" - palliativ fas

- Man kan inte operera mera....
- Andra och tredje linjens behandling?
- Brytpunktssamtal
- ASIH?

Sen palliativ fas

- Fokus på symptomlindring och bra liv
- Planering för sista tiden
- ASIH? Hospice?

Symptomlindring – best supportive care

- Andning
 - Inhalationer, Pariboy, Spacer, Bricanyl sc, morfin mm
- Cirkulation
 - Avsluta förebyggande läkemedel
- Diabetes
 - Planera för sämre matintag, cortison mm
- Infektion
 - Vårdnivå – peroral/intravenös/slutenvård?
- Neurologi
 - Parkinson (Neupro), ALS (planera i tid!), kramper
- Nutrition/tarm
 - Näringsdrycker, välling/PEG, sond, (T)PN, laxering mm
- SMÄRTA
 - Analysera – ett preparat i taget – utvärdera

Vi gör aldrig "ingenting" ... mål att minska lidande

Olika typer av smärta – *som vi vet nu*

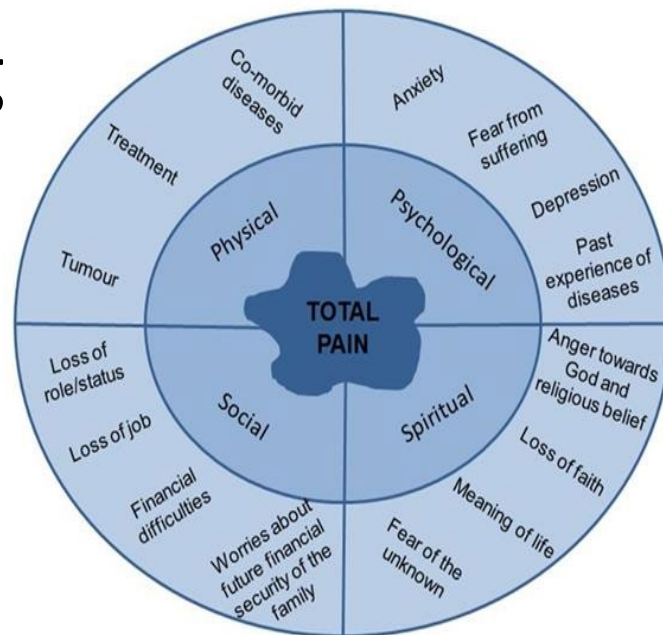
- Nociceptiv – vävnadsskada
- Neuropatisk – nervpåverkan/skada - central/perifer
- Nociplastisk – ”störd smärtreglering/obalans i smärtsystemet”

- Blandsmärta – mixed pain
- Psykogen smärta
- Idiopatisk smärta

VI BEHÖVER ALLTID TÄNKA **ORSAK** OCH VI BEHÖVER TÄNKA **MULTIMODALT**

Smärt/symptom-skattning

- Smärtskalor, tex VAS, SÖS
 - Brief pain inventory (BPI)
 - Abbey pain scale
 - ESAS
 - IPOS
-
- Anamnes
 - Status
 - Prata med patienten och närstående



Total pain

- Fysisk smärta
- Känslomässig smärta
- Social smärta
- Existentiell smärta

Hur når läkemedlet patienten?

- Fungerar per oral väg?
- Fungerar magen? (obstipation, snabb passage, kräkningar)
- Kommer patienten ihåg att ta tablettorna/tar dubbelt?
- Kommer tablettorna ut hela i stomin/avföringen?
- Skeptiska patienter, skeptiska närstående, vissa föreställningar
- Kognitiva problem, missbruksproblem (patient/närstående)
- Läkemedelsövertag – hur kan hemsjukvården jobba/antal besök per dag

Hur går vi tillväga?

- Ett preparat i taget
- (Nästan) aldrig svaga opioider (Tramadol, kodein)
- Utvärdera
- Justera dosen – obs! ej lätt med Apodos
- Planera framåt – medicinsk vårdplan – ”plan B”
- Medicinsk kontinuitet
- Ta hjälp när det krånglar... palliativ konsult? Smärtenheten?
- **Off label** – fri förskrivningsrätt – ”inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet” (försäkring via LÖF sedan 2019)

Paracetamol – palliativ vård

- Panodil/Alvedon
- Ofta 1g x 3 - morfinsparande
- Finns i intravenös beredning, god nytta inom slutenvård
- Brustablett innehåller natrium – nytta men ”bubblig mage”
- Vissa palliativa patienter upplever svåra svettningar

Värdera dosreducering vid påverkad leverfunktion

Kortison i palliativ vård

- Allmänt avsvällande, anti-inflammatorisk effekt
 - Aptitfrämjande
 - Oftast Betapred: 2 - 8mg
 - Nedtrappningskur eller "punktinsats"?
 - Underhållsbehandling, tex 2-4 tabl "till slutet"
 - Hjärntumörspatienter, ofta två-dos, sluta när pat inte kan ta per-oralt längre
-
- *Blodsocker måste följas - passar inte till diabetiker*
 - *Magskydd?*
 - *Ökad blödningsrisk, gastritbiverkan, muskelsvaghet, hud mm*



NSAID – COX-hämmare

- Naproxen, Ibuprofen/Brufen (även mixtur)
- Toradol, 30 mg/ml, 0,5-1ml sc, max 90 mg/d

Selektiva COX-2-hämmare:

- Celebra, Etoricoxib – halv/heldos
- Dynastat – iv/sc



Obs! Magskydd, ”kurer”?

Tänk på blödningsrisk, hjärta/njurar, allergi, vätskeretention, onkologisk behandling med trombocytpåverkan mm

Nervsmärtstillande

- Gabapentin – njurtoxiskt, kan ge konfusion/trötthet, lång upptrappning
- Pregabalin – kapslar kan öppnas, mindre njurtoxiskt, lång upptrappning
- Metadon – specialistpreparat med **LÅNG** halveringstid, ca 8-72h, ffa mot skelettsmärta (tex njurcancer, prostacancer, bröstcancer)
- Saroten – amitriptylin (undviker helst, QT-tid, serotonergt syndrom)
- Duloxetin – ganska nytt, positiv effekt på tex cytostatikaneuropati
- Mirtazapin – välprövat, bra för sömn och ångest, även nervsmärta

Opioider

- Morfin
- Oxycontin/Targiniq*
- Fentanyl (ffa plåster)
- Hydromorfon/Palladon
- (Nästan) aldrig Ketogan

ÄR SMÄRTAN OPIOIDKÄNSLIG?

-
- Tapentadol (Palexia) – 2011 – lägsta dosen är ”starkare” än lägsta dos oxycontin, bäst på svår blandsmärta, få interaktioner, leverberoende

-
- Metadon – specialistpreparat, NMDA-receptor-antagonist

*obs! levervärden!

Tilläggspreparat

- Paraflex (skelettmuskelsmärta) - tabletter
 - Buscopan (koliksmärta/spasm) – tabletter, injektioner
 - Lokalbedövning – tex plåster Versatis/12h/hel hud

 - Catapresan (klonidin) – kapslar, lösning eller injektioner
 - Ketamin/Ketanest
-
- Cannabis – Sativex – ref/Boland et al, BMJ Support Pall care, 2020

Samtidig ångestlindring? Sömn?

- Mirtazapin
- Duloxetine
- Saroten
- Olanzapin/Haldol (munlöslig, injektioner)
- **Bensodiazepiner:**
 - Oxascand (snabbverkande, inga metaboliter)
 - Stesolid
 - Xanor/Xanor depot
 - Midazolam (snabbverkande, inga metaboliter men TAKYFYLAXI)

Beakta om läkemedlet hinner verka

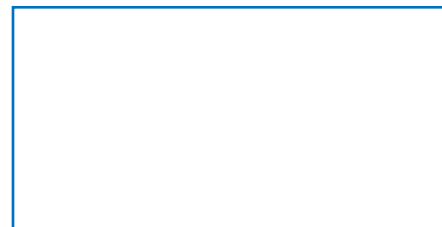
Sömn:

- Zopiklon
- Propavan
- Quetiapin

Dyspné - läkemedelsbehandling

- Går det att förbättra grundorsaken till dyspnén?
- Vattendrivande (Furix, Burinex, Metolazone)
- Palliativ syrgas (oxygenator i hemmet) - syrgasmottagningen
- Avsvällande? (kortison)
- Lugnande (bensodiazepin)
- Små doser morfin, ofta som injektioner (10mg/ml, inj 0,25-0,5ml vb)

Illamående - läkemedelsbehandling



- Opioidutlöst illamående:
 - T Postafen 25 mg 1 x 3
 - T Primperan 10 mg 1x3 (eller injektion)

- Ventrikelretention:
 - T Primperan 10 mg 1 x 3, injektion 5 mg/ml 2 ml x 3 sc/iv.
 - Inj Haldol 5 mg/ml 0,2-0,5 ml x2-3 sc.

- Kombinera Primperan och Haldol
- Tillägg av kortison? Pröva Olanzapin?

Infektioner - läkemedelsbehandling

- Sedvanlig behandling, med eftertänksamhet beroende på vårdnivå.

MUNSVAMP

- Mycket vanligt med svamp i palliativ vård
- Ofta behandlingsorsakat (tex av kortison), missas ofta
- Nystimex, sällan tillräckligt
- Flukonazol (per os, eller iv) obs! var vaksam på ökad opioideffekt

Obstipation i palliativ vård

- Förebyggande åtgärder/toalettvvanor
- Alltid laxantia vid opioid-behandling
- Utbilda patienten!

- Cilaxoral (eller motsvarande 10-20 drp till natten)
- Movicol (eller motsvarande 1-3/d)
- Lactulos (ger en del obehag men är bättre för vissa, mindre mängd)
- Moventig (naloxegol) 12,5 – 25 mg före frukost, varje eller varannan dag
- Dulcolax, Microlax, Klyx
- Relistor (metylnaltrexonbromid) sc injektion, v a d, **obs! tarm-perforationsrisk**

Övriga svåra symptom

KRAMPER

- Ofta välinställd patient – tex Keppra (levetiracetam)
- Problem när patienten inte kan ta per os – injektionsbehandling (iv/sc)
- Supp Tegretol
- Stesolid, Midazolam, kortison?
- Buccolam

KONFUSION

- Svårt symptom för pat/närstående
- Ofta sent i sjukdomsskedet
- Åtgärda orsak, om det går
- Haldol
- Olanzapin
- Bensodiazepiner (andrahandsval)

Palliativa kitet – se rek-listan 2022, sid 103

”Evidens- och erfarenhetsbaserat urval av lämpliga läkemedel för symptomlindring till döende patienter” (OPCARE-9)

1. Opioid (obs! dosanpassas till patientens grund-dos)
2. Bensodiazepin (Midazolam, 5mg/ml)
3. Antipsykotikum (Haldol 5mg/ml, sc injektion)
4. Antikolinergikum (Robinul – glykopyrronium, 1-2ml sc/iv)



Ofta ingår även Furix 10mg/ml, 2 - 8ml vb, sc/iv

”Ta med hem”

- Var i den palliativa sjukdomsresan befinner sig patienten?
- Välj administreringsväg för läkemedel med omdöme
- Prata/träffa patienten – gå inte på tredjehandsuppgifter
- Utbilda både patient och närstående - vad är möjligt?
- Rensa bort läkemedel som inte gagnar pat i närtid
- Undvik polyfarmaci genom tät utvärdering
- Korrekta vid behovsdoser
- Följ patienten, eller sörj för uppföljning

TACK!

