OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Bernt Turesson, (bertu), Överläkare
Granskad av: Bernt Turesson, (bertu), Överläkare
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Giltig från: 2026-09-24
Giltig till: 2028-09-17

Palliativ behandling - symtomlindringskompendium SÄS

Förändringar sedan föregående version

Redaktionella ändringar, giltighetstiden förlängd.

Sammanfattning

Symtomlindring är en av de fyra hörnstenarna i palliativ vård. Smärta, ångest och illamående är vanliga symtom och kan i hög grad behandlas.

Riktlinjen är tänkt som en vägledning för läkare och sjuksköterskor som behandlar obotligt sjuka och döende patienter på sjukhus, kommunens vårdinrättningar och i egna hemmet.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version 1

Sammanfattning 1

Innehållsförteckning 1

Bakgrund och syfte 5

Förutsättningar 5

Utförande 6

Smärta 6

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Mål för smärtlindring 6

Smärtanalys och Smärtskattning 6

Smärtskattning och smärtlindring till medvetslösa, förvirrade patienter och dementa 8

Typfall av tumörinducerad smärta 10

Lätta analgetika 11

Cox-hämmare 11

Opioider 12

Svaga opioider 12

Starka opioider 12

Opioidinsättning / opioidtitrering 13

Att stå på långverkande opioider 14

Extrados = Trygghetsdos 15

Hur ofta kan patienten få en extrados? 16

Patienten blir inte smärtlindrad trots höga doser opioider 16

Alternativ till morfin 16

Patienten kan inte ta läkemedel per os 17

Akut byte från oral till parenteral opioidtillförsel 18

Nedtrappning av opioid 18

Opioidinducerad förstoppning och andra biverkningar 18

Illamående 18

Förstoppning/nedsatt tarmmotorik 18

Förvirring, sedering och hallucinationer 19

Neurogen smärta och andra läkemedel/metoder med analgetisk effekt 19

Steroider 20

Blockader 20

Palliativ strålbehandling och kemoterapi 21

Bisfosfonater 21
Icke-farmakologisk smärtlindring 21
Illamående 21
Patofysiologi och orsaker 21
Anamnestisk analys av illamående 23
Behandling och fallbeskrivningar 24
Primperan 24
Neuroleptika 25
Antihistaminpreparat 25
5HT3 receptorblockare 25
Steroider 25
Behandlingsförslag 26
Malign tarmobstruktion 26
Symtom 26
Behandling 27
Ascites och buktappning 28
Symtomlindrande buktappning vid malign ascites 28
Trötthet och anorexi-kakexi 29
Behandling/hantering 29
Ångest, sömnbesvär och nedstämdhet 30
Ångestens kliniska uttryck 31
Behandling generellt 31
Farmakologisk behandling 32
Sömnbesvär 33
Nedstämdhet 33
Palliativ sedering 34
Förvirring eller delirium 35

Symtom på hjärnsvikt 35
Patofysiologi 36
Behandling 36
Andnöd 37
Orsaker till dyspné och möjliga behandlingar 37
Icke farmakologisk behandling 38
Läkemedel 39
Opioider 39
Benzodiazepiner 39
Bronkdilaterare 39
Steroider 39
Syrgas 40
Palliativ sedering 40
Hicka 40
Svettningar 40
Åtgärder 40
Klåda 41
Kliniska syndrom med klåda 41
Steroider i palliativ vård 42
Biverkningar 44
Att beakta vid steroidanvändning 44
Terapeutiskt jämförbara steroiddoser 45
Akuta situationer: Blödning, panikångest, kvävning, kramp 45
Läkemedel 45
Den allra sista tiden 46
Trygghetsordinationer 47
Mot smärta och andnöd 47

Mot oro/ångest 47
Mot illamående 47
Mot slemsekretion i luftvägarna 47
Kontaktuppgifter 47
Källförteckning 48
Litteraturhänvisningar 49
Länkförteckning 49

Bakgrund och syfte

Obligatoriskt innehåll.

Bakgrund till framtagande av styrdokumentet? Vad syftar styrdokumentet till?

Symtomlindringskompendiet är skrivet för att användas på SÄS av läkare och sjuksköterskor som vårdar palliativa patienter med behov av symtomlindrande behandling. Vårt kompendie vilar på studier där det finns och erfarenhet av behandling där studier saknas. Det skall användas som en hjälp i kliniken för att öka vår vårdkvalité av de palliativa patienterna.

Förutsättningar

Patienter i palliativ vård har en icke botbar, allvarlig sjukdom, ofta cancersjukdom och har en begränsad återstående livslängd. Målet är att patientens sista tid ska bli så bra som möjligt. Symtomatisk behandling kan ibland ske bäst om orsaken till symtomen diagnostiseras. Undersökningar och provtagningar kan utföras om det förväntas bidra till att lindra patientens symtom. Lyhördhet för patientens önskemål och i andra hand anhörigs önskemål, är grundläggande. Det kan vara svårt att identifiera symtom som tyder på kort återstående livstid och det kan behövas samarbete mellan flera olika personalkategorier för att tillsammans uppmärksamma att patienten är döende. Att diagnostisera döendet är viktigt för att

tillsammans med patienten och anhöriga kunna besluta om rätt vårdnivå och för att försöka underlätta ett så bra avslut som möjligt. Att patienten får ett värdigt slut är viktigt.

Riktlinjen är tänkt som en vägledning för läkare och sjuksköterskor som behandlar obotligt sjuka och döende patienter och innehåller goda råd om symtomlindring.

Utförande

Många symtom som sänker patienternas livskvalitet vid allvarlig sjukdom är diffusa och många gånger svåra att diagnostisera och behandla, vilket kan leda till att symtomen ibland förbises. Denna riktlinje visar behandlingsalternativ vid svåra symtom i palliativ vård och avser också att understryka möjligheten till diskussion med det palliativa teamet när symtomlindringen inte fungerar tillfredsställande.

Smärta

Behandlingskrävande smärttillstånd finns hos cirka 80 % av patienter med avancerad cancer. Även hos t.ex. hjärtsviktspatienter föreligger smärta mot livets slut i upp till 40 %. De flesta kan behandlas tillfredställande med analgetika, framför allt opioider.

Mål för smärtlindring

Smärtlindring nattetid inkl god sömn kan uppnås i de flesta fall.

Smärtlindring i vila är för det mesta möjlig.

Smärtlindring vid aktivitet kan ibland vara svårt att åstadkomma.

En god smärtlindring bygger, dels på en **smärtanalys**, dels på uppföljande **smärtskattning**, och **utvärdering** med beredskap att ofta justera och modifiera behandlingen.

Smärtanalys och Smärtskattning

Vi talar om två smärttyper; nociceptiv och neurogen smärta;

- nociceptiv somatisk smärta kommer från hud, muskler och skelett.

- nociceptiv visceral smärta kommer från håliga organ, pleura och peritoneum, ibland förenad med autonoma reflexer som illamående.

Neurogen smärta härrör från skadlig påverkan på perifera nerver eller centrala nervsystemet, t.ex. tumörinväxt i nervvävnad, strålskada på nervvävnad och är ofta förenad med sensibilitetsstörning (beröring, stick, kyla, värme) inom det smärtande området.

Är smärtan nociceptiv, neurogen eller båda delarna? Finns det inflammatoriska inslag? Cancerpatienter har ofta mer än en typ av smärta. Är oro och ångest en starkt bidragande komponent i smärtupplevelsen? Tillsammans med gängse diagnostik (skelettscint, röntgen, ultraljud m.m.) ger följande analys en god uppfattning om vilken typ av smärta det handlar om:

1) Lokalisation

- Vällokaliserad tyder på att smärtan kommer från rörelseapparaten.
- Diffus (kan vara visceral).
- Utstrålande, kan röra sig om neurogen smärta och följer då alltid den skadade nervstrukturens innervationsområde. Det kan lika gärna röra sig om långvarig smärta och ökad utbredning av smärtområdet, följer då inte några dermatomgränser eller perifera nervers innervationsområden, ofta ökad utstrålning vid hög smärtintensitet och vice versa.

2) Karaktär

- Molande, dov, värkande, bultande, tryckande (ofta nociceptiv).
- Huggande, skärande vid belastning (ofta nociceptiv från leder, skelett).
- Kramplik, tryckande (ofta nociceptiv, visceral).
- Brännande, ilande, stickande, kliande, kramplik, utstrålande (ofta neurogen).

3) Tidsrelation-aktivitetsrelation

Är smärtan konstant, fria intervall, rörelsebetingad?

Skelettmetastassmärta är ofta rörelsebetingad (stor inflammatorisk komponent).

Neurogen och visceral smärta kan vara relativt opåverkade av aktivitet men inte alltid. Kan börja sekundsnabbt spontant.

Vid varje kontakt med en cancerpatient ska smärtanamnes tas. Enkla mått som VAS-skattning kan vara av stort värde. Ibland behöver patienten beskriva sin smärta i andra termer. Det kan handla om vad smärtan hindrar patienten från att göra.

Smärtskattning och smärtlindring till medvetandepåverkade, förvirrade och dementa patienter

Akut smärta och oro ger upphov till ökad sympatikustonus vars effekter man kan bedöma genom att studera patienten. Använd nedanstående kriterier som en vägledning för att värdera behovet av analgetika/sedativa och för att utvärdera effekt av insatt behandling. Tänk på att en mänsklig kontakt kan stilla oro. Om smärta inte kan uteslutas ska alltid analgetika ges, eventuellt i kombination med sedativa. Preparat som bör användas är någon opioid, t.ex. morfin subcutant. Utvärdera effekten! Vid långvarig smärta kan beteendeförändringar ses och det är viktigt att lyssna till närstående och personal som känner patienten.

Ökad sympatikustonus:

- Snabb ytlig andning.
- Snabb puls.
- Eventuellt förhöjt blodtryck.
- Svettningar.

Övriga symtom/analys speciellt hos dementa:

- Spänt ansiktsuttryck, stönanden eller rop.
- Oro eller anspänning vid tilltal.

- Okontrollerade avvärjningsrörelser.
- Motorisk oro i samband med särskilda kroppslägen.
- Ändrat beteende.

Använd Abbey Pain Scale!

Typfall av tumörinducerad smärta

Skelettmetastasutlöst smärta

Vanlig vid prostata-, bröst-, lung- och njurcancer. Smärtan är ofta rörelseutlöst antydande inflammatorisk komponent. Vid generaliserad prostatacancer flyttar smärta runt i kroppen, t.ex. rygg, axlar, bröstkorg etc. Vid massiva kotmetastaser finns risk för neurogen påverkan - var observant på detta.

Behandling; strålterapi, coxiber, steroider, gabapentin, bisfosfonater, opioider.

Smärta vid patologisk fraktur är ofta lätt att identifiera p.g.a. plötslig debut och svår smärta vid minsta förflyttning. Ska om möjligt lindras med ortopedisk fixation.

Skötsel av en patient med obehandlad patologisk fraktur kan förutom smärtlindring med opioider (smärtan är relativt opioid-okänslig) även kräva sedering.

Levermetastassmärta

För det mesta är levermetastaser tysta. Vid leverkapselengagemang (inväxt av metastas) ofta skarp smärta hö flank-rygg,
ibland referred pain hö skuldra. Denna smärta kan brytas av höga doser betamethason, t.ex. 8 mg x 2 i två dagar förutom eventuell cox-hämmare och opioider.

Pancreascancersmärta

En del patienter har mycket svåra smärtattacker beroende på var tumören sitter. Smärtan förläggs till epigastriet, ibland nedtill i buken och kan stråla ut i ryggen. Svårbehandlad, sannolikt både neurogen och inflammatorisk p.g.a. cancerinväxt i nervskidor. Pröva både cox-hämmare och medel mot neurogen smärta förutom opioider.
Patienten kan behöva omedelbar tillgång till subcutan injektion av opioid. I enstaka fall krävs intratekal analgesi (ITA),
se riktlinje Smärtbehandling - Långvarig via epidural och intratekal kateter.

Lumbosacral plexopati

Beror på tumörväxt i kotkropp eller plexus lumbosacralis i lilla bäckenet. Kan också vara ett resttillstånd i nervplexus efter strålbehandling. Svår utstrålande smärta ner i ben, ljumskar, skinkor beroende på segment. Läkemedel mot neurogen smärta och/eller Metadon samt intratekal analgesi kan lindra.

Pancoast-syndrom är motsvarande tumörväxt i plexus brachialis med svår smärta ut i arm/axel. I första hand läkemedel mot neurogen smärta.

Lätta analgetika

Paracetamol har en måttlig analgetisk effekt givet oralt eller intravenöst. Till mycket gamla patienter räcker dosering 1g x 3. Mixturen paracetamol 24 mg/ml kan vara ett alternativ till vuxna som har svårt svälja tabletter eller har sond/PEG.
Brustabletter paracetamol är inte för långtidsbruk, då det innebär orimlig tillförsel av vatten och salter.

Den analgetiska effekten av supp paracetamol 1 g är mycket osäker p.g.a. långsam och otillräcklig resorption. Inga studier hos vuxna stöder rektal användning avseende analgetisk effekt och den bör därför undvikas.

Paracetamol ska inte ges rutinmässigt utan utvärdering. För många patienter är det besvärligt att svälja tabletter. Hos patienter med långvarig smärta är det inte säkert att behandling medför förbättrad smärtlindring. Man kan göra ett utsättningsförsök av paracetamol om man är osäker.

Cox-hämmare

För akut nociceptiv smärta är cox-hämmare ett potent analgetika. Den antiinflammatoriska analgetiska effekten utnyttjas framför allt vid rörelsebetingad skelettmetastassmärta. Preparaten har också god effekt vid visceral intermittent smärta som tarmkolik och blåstenesmer.

Börja med kortverkande preparat, t.ex. ibuprofen, alternativt naproxen, som doseras x 2. P.g.a. risk för biverkningar, ge kortare kurer på 1-4 veckor. En högre dos cox-hämmare har visat sig ge bättre smärtlindring än en lägre, men till priset av fler biverkningar. Injektion parecoxib (Dynastat) har ibland bidragit till smärtlindring vid svåra smärttillstånd - ofta i kombination med opioid. Vid sväljsvårigheter och/eller PEG kan t ex oral susp Ibuprofen användas.

Patienter med risk för gastrointestinala blödningar bör ha magslemhinneskydd, t.ex. omeprazol 20 mg x1. Detta ska alltid ges vid kombination med steroider och coxhämmare. Patient med tidigare ulcus i anamnesen bör ha omeprazol 40 mg x1. Beakta risken för påverkan på njurfunktion.

Opioider

Mekanismer som toleransutveckling och fysiologiskt och psykologiskt beroende bör beaktas av den som handskas med opioider. S.k. psykologiskt beroende (addiction) är dock extremt sällsynt hos cancerpatienter.

Valet mellan olika opioider handlar ofta om beredningsform, biverkningar, individuell tolerans och effekt samt kostnad.

Svaga opioider

Till dessa hör kodein med paracetamol, buprenorfinplåster och tramadol. Den analgetiska potentialen av dessa preparat är ringa. Vid cancersmärta har de sällan någon plats i terapiarsenalen. Man börjar vanligen direkt med starka opioider. Ur biverkningssynpunkt kan det vara minst lika bra med låg dos stark opioid som hög dos svag opioid.

Starka opioider

Preparat som används i Sverige för behandling av cancersmärta är morfin, oxycodon, hydromorfon, fentanyl, ketobemidon, metadon och tapentadol. De kan tillföras per os, subcutant, transcutant, intravenöst, intranasalt, via kindslemhinna och intraduralt. Morfin

och oxycodon är förstahandsmedel och finns i både kortverkande och långverkande beredningsformer.

Fentanylplåster används framför allt till patienter som inte kan ta tabletter och är ett förstahandsalternativ vid njursvikt, då morfin bör undvikas p.g.a. risk för ansamling av neurotoxiska metaboliter. Ketobemidon, hydromorfon och oxycodon kan också vara alternativ vid njursvikt.

Tabell I visar ekvipotenta doser mellan opioider. Siffrorna anger genomsnittsvärden.

Exakt ekvipotens beror på ett flertal individrelaterade faktorer, t.ex. peroralt upptag, behandlingstid, receptorkinetik m.m. Vid opioidbyte behöver man följa upp och eventuellt justera dosen.

Tabell 1. Ekvipotenstabell

Opioid	Parenteral dos	Oral dos
Morfin	10 mg	30 mg
Ketobemidon	10 mg	30 mg
Oxycodon	10 mg	20 mg
Hydromorfon	2 mg	4 mg
Buprenorfin	0,4 mg	0,5 mg
Alfentanil	0,75 mg	-

Fentanylplåster: För att omvandla till oral morfinekvivalent dos multiplicera fentanyldosen med
3. T.ex. fentanylplåster 100µg/tim motsvarar 300 mg morfin per os per dygn.

Opioidinsättning / opioidtitrering

Med detta menas att man ställer in patienten på den opioiddos som behövs för att ge adekvat smärtlindring. Oftast sker detta med per os-tillförsel. Om smärtan är mycket svår, på gränsen till outhärdlig, kan en intravenös opioid-titrering behöva göras, eventuellt med hjälp av PCA-pump. Smärtmottagningen och palliativa teamet bistår vid ett sådant förfarande.

Inled med tabl Morfin 10 mg ½-1 tabl x 3-6 samt extrados ½-1 tabl vid behov. Till en äldre person kan 5 mg x 3 vara tillräckligt; till en yngre kanske 10 mg x 4. Den mycket gamla patienten (80-90 år) med reducerad njurfunktion och långsam metabolism, är ofta känslig för opioider. Man bör därför börja med små doser och, åtminstone teoretiskt, undvika preparat med aktiva metaboliter. Oxycodon kan också vara ett alternativ, särskilt om patienten har en aversion mot morfin.

Hos patienter som tidigare stått på svaga opioider och hos yngre patienter, kan man börja direkt med låg dos långverkande preparat t.ex. Depolan® 10 mg x 2 alternativt Oxycodon 10 mg x 2. Dosökning sker i samråd med patienten och efter smärtintensitet. Man ökar initialt med 50-100 % upp till 50 mg i dygnsdos, sedan ökar man med 30 %. Ökningen kan ske med en eller några få dagars intervall. Så länge patienten är opåverkad av opioiden och har ont, fortsätter man upptitrering av dosen. Dosen på sikt varierar kraftigt mellan olika patienter, från några tiotal mg/dygn upp till flera hundra mg/dygn, i enstaka fall gramdoser. Vissa smärttyper är relativt opioid-okänsliga, framför allt patologiska frakturer, sårsmärta, belastningssmärta m.m. och man ser då ingen minskning av smärta trots dubblering eller tredubbel ökning av opioiddosen. Var observant på detta fenomen och undvik överdosering av opioid i onödan. Gör en ny smärtanalys, pröva andra alternativ och att sänka opioiddosen.

Undvik att inleda en opioidbehandling med fentanylplåster. Beredningsformen lämpar sig inte för titrering och även den lägsta dosen 12µg (motsvarande cirka 30 mg morfin/dygn) kan vara en för stor begynnelsedos till den äldre patienten. Flera fall med obehagliga överdoseringar har inträffat.

Att stå på långverkande opioider

Det kan vara viktigt att patienten får reda på att man kan leva som vanligt med opioidbehandling, att det inte syns att man får sådan behandling och att man inte utvecklar narkomani. Det finns klinisk

erfarenhet vid långtidsbruk av opioider, som visar att det går bra att ta ett glas vin, en öl eller en snaps.

När det gäller bilkörning ska stor försiktighet iakttas, men om patienten är välinställd på en opioiddos och inte upplever någon sedering eller kognitiva biverkningar, kan man inte helt förbjuda detta.

Extrados = Trygghetsdos

Patienter med cancersmärta kan få smärtgenombrott och ska därför alltid ha möjlighet till extrados. Extradosen för genombrottssmärta är cirka 1/6 av hela dygnsdosen. Om patienten regelbundet och under lång tid behöver flera extradoser per dygn, läggs dessa sammanlagda doser till grunddosen och ny extrados räknas ut. Förhållandet mellan grunddos och extrados är inte alltid linjärt; när patienten kommit upp i höga opioiddoser tenderar extradosen att vara lägre än 1/6, man får pröva sig fram.

Tabell II visar extradoser av olika opioider vid varierande dos fentanylplåster.

Patienter med hastigt påkommande, svåra smärtgenombrott kan behöva subcutana injektioner, som i de flesta fall även ges i hemmet med hjälp av hemsjukvården.

Tabell 2. Extradoser opioid till patienter med fentanylplåster

Fentanyl transdermalt (µg)	Morfin po (mg)	Oxycodon po (mg)	Hydromorfon po (mg)	Morfin sc/iv (mg)	Oxycodon sc/iv (mg)	Hydro-morfon sc/iv mg)
12	5-10	5	-	5	5	-
25	10-15	10	1,3	5-10	5-10	-
50	25-30	20	2,6	10-15	10-15	2-3
75	40	30	3,9	15	15	3
100	50	40	5,2	20	20	4-5
125-150	70	50	7,8-10,4	25	25	5-6
175-200	100	70	-	30	30	6-8
250-300	150	100	-	50	50	10-12
350-400	200	150	-	60-70	60-70	14-16

Hur ofta kan patienten få en extrados?

Oral extrados får upprepas efter en timme (tid till maximal effekt vid per os- administration) om den inte haft effekt. En subcutan extrados kan upprepas efter 30 minuter och en intravenös efter femton minuter. Om patienten begär eller tar mycket täta extradoser, kan detta antyda en ångestkomponent, se nedan.

Patienten blir inte smärtlindrad trots höga doser opioider

Om patientens trots höga opioiddoser, eventuellt med biverkningar, inte blir smärtlindrad är smärtan sannolikt inte känslig för opioidbehandling. Detta gäller en del former av neurogen smärta och rörelsebetingad smärta från skelettmetastaser. Gör en ny smärtanalys, pröva medel mot neurogen smärta, eventuellt steroider och cox-hämmare. Ibland kan tillägg av metadon eller Ketamin ha bra effekt, se nedan. Överväg regional blockad och sök råd hos smärtmottagningen eller palliativa teamet. Se riktlinje Smärtlindring genom perifer nervblockad med kvarliggande kateter.

Obehandlad svår ångest kan vara en orsak till att smärtan inte låter sig behandlas. Ångest och smärta går ofta hand i hand och kan vara omöjliga att skilja åt. Ångesten kan vara mer eller mindre omedveten och patienten obenägen att samtala om detta.

OBS! Ångest och oro hos en patient med mycket smärta får inte rutinmässigt medföra restriktiv smärtlindring!

När man uppmärksammat och behandlat ångestkomponenten sjunker behovet av opioider spontant.

Alternativ till morfin

En del patienter tolererar inte morfin och man behöver göra ett opioidbyte, d.v.s. använda alternativen oxycodon, hydromorfon, fentanyl och metadon. Det gäller även om patienten inte kan fortsätta med oral opioidbehandling. För omvandling av dygnsdoser mellan olika opioider se tabell III.

Tabell 3. Ekvipotenta dygnsdoser

Morfin po (mg)	Oxycodon po (mg)	Hydromorfon po (mg)	Morfin sc/iv (mg)	Oxycodon sc/iv (mg)	Hydromorfon sc/iv (mg)	Fentanyl transdermalt (µg)
60	40	8	20-30	20	4	25
120	80	16	40-60	40	8	50
240	160	32	80-120	80	16	75-100
320	200	40	100-160	100	20	100-125
400	240	54	130-200	130	27	150
600	400	80	200-300	200	40	200
800	480	-	260-400	260	50	250-300

Metadon kan vara ett gott alternativ om patienten inte tål morfin, om det föreligger en snabb toleransökning och om mycket höga doser morfin behövs. Ofta behövs betydligt lägre dos metadon än morfin för att nå motsvarande smärtlindring. Omvandlingsfaktorn varierar. Ju högre föregående morfindos desto lägre metadondos. Korstolerans när det gäller andningsdeprimerande effekt kan saknas, varför omställningen bör ske under övervakning eller mycket tät kontakt med patienten.
OBS! Var särskilt uppmärksam på andningsdepression tredje dygnet!

Fördelar med Metadon är en god oral biotillgänglighet, inga aktiva metaboliter, låga kostnader och möjlig effekt på neurogen smärta. Det finns också studier som visar mycket god effekt på smärtor orsakade av mikrometastasering i skelettet. Metadon kan ges i samma dos subcutant som oralt om patienten inte kan svälja. Kunskap om metadon finns på smärtteamet och i palliativa teamet.

Metadon i låg dos, 2,5-15 mg/dygn, används oftast som tillägg till annan opioidbehandling, särskilt vid neurogen smärta och skelettmetastaser.

Patienten kan inte ta läkemedel per os

Om den orala vägen fungerar dåligt, t.ex. på grund av sväljningssvårigheter eller illamående, är fentanylplåster ett utmärkt

alternativ. Trygghetsdos kan ges av de övriga opioiderna - välj det som passar bäst - även i form av subcutana injektioner. För dosvägledning, se tabell II, ”Extradoser opioid till patienter med fentanylplåster”.

Svårt sjuka patienter som inte kan ta något per os, kan få hjälp av läkemedelspump med infusion morfin/hydromorfon inkl extradoser efter behov.

Akut byte från oral till parenteral opioidtillförsel

Patienter som behandlas med orala opioider kan plötsligt behöva parenteral tillförsel. Det kan gälla tillkomst av plötsliga svåra kräkningar, akut buk etc. Enklast är att gå över till fentanylplåster och ge injektion morfin/hydromorfon i täta doser efter behov tills plåstret får effekt.

Nedtrappning av opioid

Ibland kan smärta klinga av t.ex. efter strålbehandling och opioiddosen behöver sänkas eller preparatet t o m sättas ut. En patient som får för hög opioiddos i förhållande till smärtan blir oförklarligt trött och behöver inga extradoser. Det går bra att minska opioiddosen med cirka 20 % i taget med ett par dagars mellanrum. Lämna ett schema till patienten. Halt görs när smärtsymtomen återkommer.

Opioidinducerad förstoppning och andra biverkningar

Illamående

Vid opioidinsättning drabbas cirka 1/3 av illamående. Tolerans för denna biverkning utvecklas inom två veckor. Illamående som uppträder efter denna tid kan vanligen inte skyllas på opioiden. Illamåendet kan profylaktiskt behandlas med Postafen 25 mg x 2 i 1-2 veckor.

Om patienten har dåligt fungerande mag-tarmkanal välj Primperan 10 mg x 3.

Förstoppning/nedsatt tarmmotorik

Opioidutlöst nedsatt tarmmotorik är en vanlig orsak till förstoppning hos palliativa patienter. Denna biverkan finns kvar så länge patienten behandlas och tolerans utvecklas inte. Natriumpikosulfat (Laxoberal, Cilaxoral) bör sättas in regelbundet, t.ex. 5-10 droppar till natten initialt. Många patienter fungerar bra på dosering x 2-3. I några fall behövs doser på upp till 30 droppar x 3. Alternativ eller tillägg till natriumpikosulfat kan
vara makrogol (Movicol/ Forlax). Laktulos är inte alltid bra till cancerpatienter som har en förändrad smakupplevelse och ofta tycker preparatet är osmakligt. Det kan dessutom ge buller och körningar i magen och kräver ett påtagligt vätskeintag som cancerpatienter kan ha svårt för. Vid svårlöst opioidorsakad förstoppning kan naloxegol (Moventig), naldemedin (Rizmoic) eller metylnaltrexonbromid (Relistor) provas; de två första som tabletter och den sista ges som subcutan injektion men är dyrt.

Förvirring, sedering och hallucinationer

S.k. kognitiva biverkningar är inte sällan dosberoende och kan växla från opioid till opioid.

Äldre personer är mer känsliga än yngre. Pröva i första hand att tillfälligt reducera dosen.

Fråga aktivt efter hallucinationer; många upplever dem som skrämmande och behåller dem för sig själv. Upplys patient och anhöriga om att kognitiva biverkningar är ofarliga även om de är besvärande. Byt opioid om besvären kvarstår.

Neurogen smärta och andra läkemedel/metoder med analgetisk effekt

Vid neurogen smärta är amitryptilin och gabapentin förstahandspreparat. Vid gabapentintitrering, börja med 300 mg x 1 och öka enligt upptrappningsschema i FASS. Till mycket gamla, sköra patienter börja med 100 mg x 1. Vid utebliven effekt, gå successivt upp till 600 mg x 3 eller högre. Upp till 30 mg/kg har använts vid svår neurogen smärta. Vid utebliven effekt efter dosökning, trappa ut

preparatet. **OBS!** Patienter som inte klart kan ange om effekt föreligger, eller som säger sig inte veta om preparatet haft effekt, har sällan någon glädje av preparatet. Reducerad dos vid njurinsufficiens. Gabapentin kan kombineras med amitriptylin (Saroten) för adderad effekt. Börja med 10 mg till natten till äldre och 25 mg till yngre patienter. Ibland kan detta räcka. Vid behov öka dosen efter ett par dagar. Verksam dos ligger sällan högre än 50-75 mg till natten, något lägre hos äldre patienter. **OBS!** Var noga med utvärderingen och sätt ut preparatet om patienten inte har nytta av det. Det finns antikolinerga biverkningar.

Det antidepressiva preparatet duloxetin (Cymbalta) har i publicerade studier visats ha god effekt mot neurogen smärta [2].

Som andrahandspreparat finns även pregabalin. Vid samtidig förekomst av ångest kan pregabalin övervägas som förstahandspreparat.

Neurogen smärta är ofta svårbehandlad och inte så sällan har behandlingsförsök pågått med höga doser opioider utan resultat. Pröva därför alltid att trappa ner opioidosen för mindre biverkningar och överväg tillägg av metadon, som har påvisad effekt mot neurogen smärta.

Steroider

Är inflammationshämmande och avsvällande och kan därmed ha smärtlindrande effekt.

För behandlingsförslag, se rubrik Steroider i palliativ vård.

Blockader

Regional analgesi med kateterteknik och intratekal analgesi kan vara undergörande vid svårbehandlade smärttillstånd med lokaliserad regional utbredning. Diskutera med smärtteamet och palliativa teamet, se även riktlinje Smärtbehandling - Långvarig via epidural och intratekal kateter respektive Smärtlindring genom perifer nervblockad med kvarliggande kateter.

Palliativ strålbehandling och kemoterapi

Strålbehandling används främst vid skelettmetastassmärta och ger smärtfrihet i 50-60 % av fallen och partiell smärtlindring i cirka 20 %. Effekten kommer under behandlingen hos de flesta eller 1-2 veckor efter avslutad behandling och kan sitta i flera månader.

Palliativ kemoterapi med cytostatika kan ha både antiinflammatorisk och smärtlindrande effekt.

Bisfosfonater

Förutom skelettstabiliserande effekt har studier visat att behandling med bisfosfonater intravenöst kan ge viss smärtlindrande effekt [3].

Remittera patienten för tandläkarbedömning inför behandling; det finns en inte ovanlig biverkning med osteonekros i käkleden orsakad av intravenösa bisfosfonater!

Icke-farmakologisk smärtlindring

TNS kan prövas vid nociceptiv smärta, fungerar inte vid sensibilitetsrubbningar. Taktil massage kan ha avslappnande och därmed smärtlindrande effekt. Kontakta sjukgymnast.

Akupunktur har sällan någon plats vid behandling av cancersmärta.

Illamående

Illamående och kräkningar är vanliga symtom vid avancerad cancersjukdom men inte lika uppmärksammat.

Illamående: En obehaglig upplevelse och ett behov av att kräkas, ibland förenat med autonoma symtom som blekhet, kallsvett och takykardi.

Patofysiologi och orsaker

Två områden i hjärnan svarar för illamående och kräkningar; kemoreceptorzonen och kräkcentrum.

Kemoreceptorzonen ligger i botten på fjärde ventrikeln och har kontakt med systemcirkulationen. Dominerande receptorer är dopaminerga (D2) och 5HT3. Dessa stimuleras av höga

plasmakoncentrationer av emetogena substanser som urea, morfin, digoxin, calciumjoner, inflammatoriska mediatorer etc.

Kräkcentrum ligger intill kemoreceptorzonen, innanför blodhjärnbarriären. Det utgör ett koordinationscentrum för kräkreflexen och får impulser från mag-tarmkanalen via nervus vagus, vestibularisapparaten, kemoreceptorzonen och kortikala centra för rädsla, smärta och minne. De flesta receptorer är excitatoriska, d.v.s. utlöser illamående/kräkning vid stimulering. 5HT2-receptorer, cholinerga receptorer (ACh) och histamin typ 1 (H1) receptorer dominerar.

Perifera receptorer i magtarmkanalen (5HT3, 5HT4, D2) spelar roll för att utlösa illamående.

Dessa stimuleras av olika kemiska ämnen, uttänjning, inflammatoriska processer, strålbehandling etc. Stress och ångest kan också ge upphov till förlångsammad ventrikeltömning via perifera dopaminreceptorer.

Sammanfattningsvis finns en rad centrala och perifera receptorer involverade i uppkomsten av illamående och kräkningar. Kombinationsbehandling av antiemetika är ofta bättre än behandling med ett enda preparat. Vid val av preparat kan det teoretiskt vara en fördel att ta hänsyn till vilka troliga mekanismer som ligger bakom, men det är inte självklart att det manifesterar sig i behandlingsresultatet.

Tabell över receptoraffinitet för antiemetika (modifierad efter referens [4]

	D2	H1	ACh	5HT2	5HT3	5HT4
Primperan	++	0	0	0	0	++
Ondansetron	0	0	0	0	+++	0
Postafen	0	++	++	0	0	0
Haldol	+++	0	0	0	0	0
Nozinan	++	+++	++	+++	0	0

Metoklopramid (Primperan) verkar motilitetsbefrämjande på ventrikelduodenum, har även central effekt på D2 och 5HT-receptorer i kemotriggerzonen.

Ondansetron verkar framför allt på kemotriggerzonens 5HT3-receptorer och används vid cytostatikabehandling.

Postafen har antihistamin och anticholinerg effekt; verksamt framför allt vid rörelserelaterat illamående. Opioider sensibiliserar vestibularisapparaten varför effekt fås på opioidinducerat illamående.

Haloperidol (Haldol), droperidol (Dridol)
och levomepromazin (Nozinan) är neuroleptika, d.v.s. främst dopaminreceptor-blockare. Nozinan har bredast receptoraffinitet och kan därför teoretiskt vara att föredra. Olanzapin är en nyare variant av neuroleptika som kan användas mot illamående.

Anamnesen vid illamående är grunden för behandling. Några patienter är enbart illamående i samband med födointag/matlagning, andra mår illa när de inte ätit på länge som vid magkatarr, en grupp patienter går omkring med konstant illamående oberoende av måltider. Patienter med partiella hinder i övre mag-tarmkanalen kräks ofta en stund efter födointag och ofta sent på eftermiddagen. Patienter med kronisk ileus kan få plötsligt illamående med kaskadkräkningar, illamåendet lättar efter kräkningen.

Illamående hos patienter med avancerad cancer är ofta multifaktoriellt [5-7], där gastrointestinalt betingat illamående
(gastrostas, squizeed stomach, funktionell obstruktion, irritation av peritoneum m.m.) är vanlig huvudsaklig orsak men kemiskt/toxiskt illamående är också en vanlig bidragande orsak. Ångest och depression är också viktiga faktorer att beakta!

Anamnestisk analys av illamående

- När på dygnet mår du illa?
- Kommer illamåendet plötsligt?
- Följs illamåendet av kräkning?
- Går illamåendet över efter kräkningen?
- Vad utlöser illamåendet: smärta, lägesändring, lukter, mat, läkemedelsintag?

- Är du förstoppad? Nyligen strålbehandlad eller fått cytostatika?
- Har du ömhet eller sveda i munnen?
- Kräkning utan illamående?
- Typ av kräkning? Matkräkning, kaskadkräkning eller slem?
- Vad hjälper mot illamåendet?

Genom anamnes, eventuellt kompletterad av undersökning av magtarmkanalen, kan man komma fram till om illamåendet är huvudsakligen gastrointestinalt eller toxiskt betingat. Inte så sällan föreligger båda fenomenen. Uteslut eller behandla hyperkalcemi, förstoppning, svampinfektion, magkatarr/ulcusbesvär, smärta, emetogena läkemedel.

Behandling

- Reducera omgivningsfaktorer så långt det går: undvika matos, små täta mål, inga läkemedel på fastande mage, dricka mellan måltider, önskekost etc.
- Låt patienten initialt skatta sitt illamående på en VAS-skala och följ behandlingen.
- Ordinera inte antiemetika vid behov; när behov uppstår är det för sent. De excitatoriska receptorerna behöver troligen ständigt vara blockerade.
- Vid upprepade kräkningar eller partiellt hinder i mag-tarmkanalen - inled behandlingen parenteralt. Hinder i mag-tarmkanalen kan ibland behandlas med stentning. Kontakta kirurg.

Primperan

Förstahandspreparat p.g.a. effekt både på gastrointestinalkanalen och central effekt. Dosen är 10 mg x 3 enligt senaste rekommendationerna (FASS). Vi har dock sett fall som inte svarat på dosen 10 mg x 3 men väl på den dubbla 20 mg x 3 enligt tidigare rekommendationer. Väg risk för neurologiska biverkningar mot nyttan av effekten.

Vid kräkningar kan man ge Primperan i subcutan infusion med läkemedelspump och övergå till per os-behandling efter några dagar. Enligt vår erfarenhet har Primperan få biverkningar.

Enstaka patienter kan utveckla akatisi, d.v.s. behov av att ständigt röra sig, att inte kunna sitta stilla. Det är en extrapyramidal biverkning. Ibland hjälper det att sänka dosen, ibland har preparatet fått sättas ut. Var observant på denna biverkning.

Neuroleptika

Haldol, Nozinan eller Olanzapin. Främst för behandling av kemiskt/toxiskt illamående, men även patienter med illamående relaterat till sjukdom i magtarm-kanalen svarar på dessa preparat. Vi har störst erfarenhet av Haldol och Nozinan. Haldol ges i dosen 1-3 mg/dygn i två doser, finns både tablett, oral lösning och för injektion. Till patient som har svårt att sova kan Nozinan 5-10 mg till natten vara en fördel; även här finns både tablett och injektionsform. Det finns en teoretisk fördel med Nozinan p.g.a. bred receptoraffinitet. Jämförande kliniska studier saknas. Olanzapin har mindre sederande effekt och ges som tablett, 5-10 mg x 1-3.

Antihistaminpreparat

Postafen används främst i samband med opioidinsättning.

5HT3 receptorblockare

5HT3 receptorblockare, typ Ondansetron används vid cytostatikautlöst illamående. Det finns inga belägg för att de skulle fungera bättre än gängse preparat; kostnaden är högre och förstoppning finns med som biverkan. Vid malign tarmobstruktion finns dock studier som visar god effekt av preparatet [8]. Kan gärna provas vid otillräcklig effekt av gängse preparat.

Steroider

Steroider har en kraftig antiemetisk effekt i höga doser. I palliativ vård finns erfarenhet främst av betamethason. Används tillfälligt för att

bryta svårt illamående, t.ex. 8 mg x1 x III, 6 mg x1 x III. Se även rubrik Steroider i palliativ vård.

Behandlingsförslag

Då illamående är ett plågsamt tillstånd med stor effekt på livskvalitén, börja gärna med en bred behandling som täcker både kemiskt/toxiskt och gastrointestinalt illamående inkluderande en kort steroidkur som ofta effektivt bryter illamåendet. Effekten kommer inom 2 dygn. Sedan trappas behandlingen ner till lägsta fungerande underhållsdos.

Varje dag utan illamående är en stor terapeutisk vinst för patienten!

En vanlig potent behandling inom palliativ vård består av:

- T Primperan 10-20 mg x 3 alternativt
  infusion Primperan 60 mg/d subcutant alternativt
  injektion Primperan 5 mg/ml 2 ml x 4 iv.
- T Betapred 6-8 mg x 1 x III, eventuellt lägre dos 1-2 veckor (**OBS!** för diabetes!)
- T Haldol 0,5 mg + 0 + 1 mg alternativt T Nozinan 5-10 mg till natten.

Malign tarmobstruktion

Detta tillstånd förekommer i slutfasen av framför allt ovarialcancer och gastrointestinal cancer. Oftast föreligger peritonealcarcinos och både detta och patientens dåliga allmäntillstånd, tillsammans med en dålig prognos, gör att konservativ behandling är det enda möjliga.

Symtom

- Illamående med kräkningar.
- Buksmärtor; både molvärk och knipsmärtor kan förekomma.
- Ibland uppspänd buk.
- Svårighet att inta föda och läkemedel per os.

Tillståndet kan vara intermittent, d.v.s. komma och gå och patienterna kan ha en överlevnad på flera veckor till månader.

Behandling

Handläggs med fördel i samråd med kirurg och onkolog initialt. I en del fall har patienten nytta av ett operativt ingrepp, ibland av inläggning av en stent. Tumörreduktion med antitumörbehandling kan vara aktuell beroende på tidigare effekter, terapisvikt och patientens tillstånd. I de flesta fall gäller symtomlindrande behandling enligt nedan [9].

Viktigt att framhålla att patienten kan vara i hemmet med stöd av parenteral vätskebehandling plus annan symtomlindrande behandling.

I behandling ingår:

- Antiemetisk behandling: oftast metoklopramid (Primperan) som också stimulerar tarmmotoriken (var observant på ökad smärta i buken) och/eller levomepromazin (Nozinan) parenteralt.
- V-sond kan prövas i lindrande syfte; en del patienter föredrar att kräkas.
- Tarmvila.
- Parenteral vätsketillförsel/nutrition.
- Steroidkur för att minska ödem i tarmen och lindra illamående.
- Octreotid för att reducera vätskeflödet i mag-tarmkanalen, prova 100 µg x 3, som kan dubbleras vid otillräcklig effekt, det kan också vara värt att prova ännu högre doser. Kontakta palliativt team för råd!
- Buscopan för att vidga tarmen via antikolinerg verkan, upp till 60 mg (100 mg) per dygn i 3-dos eller som kontinuerlig infusion, kan ges tillsammans med Octreotid. **OBS!** Bör ej ges tillsammans med Primperan p.g.a. motsatt verkningsprofil.

- Gastrostomi om det är möjligt.

Ascites och buktappning

Ascites kan utvecklas vid t.ex. ovarial-, pancreas-, ventrikel- och coloncancer. Behandla endast vid symtom som svår utspänning i buken och andningssvårigheter. Ascites tenderar att recidivera men effekten av en enstaka buktappning innebär ofta lättnad för patienten och kan vara långvarig. I de fall ascitesvätskan fylls på snabbt kan man lägga in ett kvarliggande drän som tunneleras.
Utan tunnelering kan dränet endast ligga kvar en vecka innan det avlägsnas p.g.a. risken för infektion via dränet. Inläggningen av ett kvarliggande drän görs normalt med patienten inlagd. Kvarstannar normalt en natt efter dränet lagts in, tappas på nytt innan hemgång.
Det är samma tillvägagångsätt
vid pleuratappning med kvarligande PleurX-drän. Normalt tappas patienten då på 500-600 ml även om det finns mer vätska kvar pleuralt. Detta p.g.a. risken för andningsproblematik och evt lunggödem. Förutom behandling med tappningar kan man pröva att stabilisera tillståndet med T Spironolakton 100-200 mg x 1 i kombination med Furosemid i dosen 20-40 mg.

Symtomlindrande buktappning vid malign ascites

Om möjligt verifiera ascites och punktionsställe med ultraljud.

Förflyttbar flankdämpning är det säkraste kliniska tecknet på ascites och bör föreligga vid tappning utan föregående ultraljud. Tappningen görs i vänster fossa iliaca alternativt höger med obs för leverförstoring. Punktera några centimeter lateralt om rektusmuskulaturen för att undvika arteria epigastrica inferior.

I hemmet kan man på ett skonsamt sätt punktera med den grövsta venflonen 2.0 och ansluta en droppslang som klipps av i andra ändan och får löpa ner i ett uppsamlingskärl.

Med denna metod tar det tid att tappa men den är smidig för patienten. Målet är att lätta på trycket och inte tappa ut så mycket som möjligt.

Trötthet och anorexi-kakexi

Trötthet vid cancersjukdom är ofta en del i ”anorexi-kakexisyndromet”.

Detta är ett vanligt men föga uppmärksammat kliniskt problem som drabbar cirka 2/3 av patienter med metastaserad cancersjukdom. En äldre definition är ofrivillig viktnedgång med mer än 10 % av kroppsvikten. Syndromet innefattar en rad olika symtom och förändringar i ämnesomsättningen. De beror på tumörsjukdomens systemeffekter och interaktion med människans immunförsvar. Den exakta patofysiologin är inte kartlagd. Cytokiner, prostaglandiner, leukotriener m.fl. faktorer är inblandade och orsakar bl.a. rubbning av patientens metabolism [10] med en övergång till katabolism.

I syndromet ingår: matleda, tidig mättnadskänsla, illamående, förändrad smakuppfattning, trötthet och orkeslöshet, förlust av muskelmassa, inflammatorisk reaktion med bl.a. förhöjt CRP, leukocytos, trombocytos, anemi och hypoalbuminemi p.g.a. sänkt proteinsyntes.

Graden av utveckling av syndromet korrelerar med återstående överlevnad.

Det pågår mycket forskning kring tillståndet. Någon evidensbaserad verksam behandling saknas i dagens läge. Behandlingsförsök har gjorts med coxiber, megestrol-acetat, steroider etc. Steroider kan ibland tillfälligt påverka delar av syndromet men ändrar inte bakomliggande patofysiologi.

Behandling/hantering

Energitillförsel via föda/parenteral nutrition påverkar inte tillståndet och ingen kontrollerad studie har visat effekt på kroppsvikt eller livskvalitet av näringsråd eller näringsdrycker [10]. Parenteral nutrition till patienter med avancerad cancerrelaterad kakexi kan t.o.m. ha ogynnsamma effekter med illamående, ödembildning, påverkat allmäntillstånd och ökad urea och kreatinin sekundärt till

kroppens störda ämnesomsättning. Pröva att sätta ut nutritionen några dagar och se om patienten mår bättre.

Fokus ligger på att bekräfta och förklara tillståndet och därmed lindra ät-relaterad stress, behandla kroniskt illamående och ibland pröva steroider. En steroidkur under 1-2 veckor kan ha tillfällig effekt på trötthet och aptit och kan användas om patienten behöver extra krafter inför t.ex. en resa, fest m.m.

Ge Betamethason 4 mg x 1 x III, 3 mg x 1 x VII. Kan sättas ut direkt efter så kort kur.

I de flesta fall måste tröttheten accepteras som en del av sjukdomen eller behandlingen. Leta efter påverkbara orsaker som dålig sömn, depression, anemi etc.

Stödjande samtal med anhöriga kan vara viktigt när det gäller förståelse för tröttheten och den sjukes oförmåga att leva som vanligt och att äta som tidigare. Patienten måste ges möjlighet att själv få prioritera vad han/hon vill använda sin begränsade kraft till, t.ex. att göra avsteg från vardagssysslor för att orka med besök.

Ångest, sömnbesvär och nedstämdhet

Ångest är normalt hos människor som ställs inför det faktum att de snart ska dö.

Fruktan för döden kan innefatta rädsla för själva döendeprocessen, oro för efterlevande, sorg och frustration över att inte få vara med längre. Detta tillhör livet och kan på så sätt inte vårdas bort och sjukvårdens åtagande blir en stödjande funktion.

Det finns hos människan olika bemästringsstrategier för att reducera ångest och orka leva de dagar, veckor eller månader som finns kvar. Några vanliga strategier som vi ser är att bygga upp hopp om behandling och tillfrisknande, att undvika allt som har med sjukdomen att göra, att omtolka verkligheten, att lära sig så mycket som går om sjukdomen, att kämpa och vilja ha behandling in i det sista.

I vårt förhållningssätt till patienten ingår att respektera olika bemästringsstrategier. Även om man kan uppfatta några av dessa strategier som ett förnekande av sjukdomen, finns de just för att sjukdomen är så hotfull och de kan vara det som gör att patienten orkar ur sängen på morgonen. Vi kan stötta patienter och närstående genom att visa att vi orkar och vill lyssna till det som patienten vill förmedla, och genom att vi visar respekt och uttrycker omsorg för hur patienten har det och hur hon hanterar sin situation.

Det är alltså inte ovanligt att patienten genom sitt beteende och sina utsagor ger uttryck för att han eller hon inte är informerad om sjukdomen och dess prognos. Denna bemästringsstrategi kan skapa frustration hos de vårdande och närstående. Genom samtal med vårdgivare och anhöriga kan man skapa en förståelse för patientens sätt att reagera.

Många patienter kan inte klä sin oro eller ångest i ord och många patienter gör allt för att hålla oron (och därmed sjukdom och död) bortanför medvetandet även om det är uppenbart för omvärlden att patienten inte mår bra. Man måste då ha rollen av att följa och iaktta och finnas till hands vid en eventuell krisreaktion.

Vi kan hjälpa patienter genom att förmedla att det finns smärtlindring och ångestlindring, att man inte behöver vara ensam den sista tiden och att det vanligaste är att man somnar in på ett lugnt sätt.

Hos ångestfyllda patienter ska man alltid se över och optimera smärtlindring. Alltid utesluta påverkbara fysiologiska orsaker som pleuravätska och hjärtsvikt.

Ångestens kliniska uttryck

Svår oro, man vill krypa ur skinnet, kan inte vara stilla, sömnsvårigheter, mardrömmar, koncentrationssvårigheter, tryck över bröstet, andningssvårigheter, anorexi och illamående.

Behandling generellt

- Var närvarande, erbjud samtal men acceptera att alla varken kan eller vill tala om sin rädsla.

- Ge alltid stöd till anhöriga.
- Vid vård i hemmet, se till att hela familjen får sova på natten om möjligt.
- Erbjud taktil massage om det finns att tillgå och patienten är med på det.

Farmakologisk behandling

Benzodiazepiner är våra bästa ångestlindrande preparat och i ett palliativt skede behöver man inte tänka på tillvänjningsrisk. En del patienter erfar ångestlindring av opioider (opioider kan även ge dysfori, overklighetskänsla, hallucinationer). Nackdelen är en ofta kraftig toleransutveckling som på sikt är ogynnsam varför vi inte använder opioider i ångestlindrande syfte.

Ångest som härrör från andnöd kan dock svara bra på behandling med opioider men där är målet att behandla andnöden.

Oxazepam (Oxascand) och ibland Lorazepam (Temesta) används mest. De saknar aktiva metaboliter, har kortare eliminationsfas än Diazepam (Stesolid), och lämpar sig därför för daglig underhållsbehandling när så behövs. Av kostnadskäl är Oxazepam att föredra, dosering 10 mg vb alternativt x 2-3. Lorazepam finns som munlöslig beredningsform på 1 mg. Individuell licens krävs, palliativa teamet har generell licens för sjukhusvårdade palliativa patienter. Dosering 1 mg vb upp till 4-6 ggr per dygn.

Alprazolam (Xanor Depot) i depåform kan också vara ett alternativ för att få en långvarig, jämn ångestlindring, t.ex. 0,5-1 mg x 2.

Diazepam (Stesolid) är vårt äldsta preparat, har en relativt snabb anslagstid men lång eliminationsfas med aktiv metabolit. Det senare gör att preparatet mindre väl lämpar sig för upprepade doser och långtidsbehandling till äldre. Vi använder preparatet framför allt för att ersätta tablettbehandlad långverkande ångestlindring när patienten inte längre kan svälja, Stesolid 5 mg/ml kan då ges som subcutan injektion, t.ex. 1-2 ml x 2.

Midazolam är en snabbverkande, kortverkande benzodiazepin. Används främst för subcutan injektion 5 mg/ml 0,5-1 ml subcutant vb. Finns även i oral lösning 1 mg/ml med individuell dosering, t.ex. 3-5 ml vb. Subcutan och oral administration är mycket säker och andningspåverkan ses ej. Vi har lång erfarenhet av användning av dosen 0,5-1 ml subcutant i hemsjukvården i samband med intermittent oro i sen palliativ fas, när den orala vägen inte fungerar och behovet av omedelbar lindring är stort. Vi har erfarenhet av preparatet till patienter med nattlig oro som inte kan ta något per os; preparatet ges då i kontinuerlig infusion nattetid.

Sömnbesvär

Vid insomningsbesvär, var frikostig med Zolpidem (Stilnoct) alternativt Zopikolon (Imovane). En insomningsdos kan upprepas 1-2 ggr under natten. Till mycket gamla patienter, som blir förvirrade av benzodiazepiner, kan man pröva Heminevrin tn, t.ex. 2 kapslar i upprepade doser tills patienten sover.

Hos patienter med tidigt uppvakande och oro på sen-natten har vi god erfarenhet av Mirtazapin. Börja med låg dos, 7,5-15 mg tn, och öka efter behov upp till 30 mg tn. Mirtazapin kan också ha god effekt på aptit, ångest och nedstämdhet.

Vid svår sömnstörning och otillräcklig effekt av ovanstående kan Levomepromazin (Nozinan) 5-10 mg tn provas.

Nedstämdhet

Överväg om patienten kan ha en regelrätt depression. Många fenomen är reaktiva kriser på sjukdomsbesked och försämring och fluktuerar med tiden. Avvakta och se om symtomen kvarstår efter två veckor. Använd vanliga depressionskriterier och gängse preparat, gärna Mirtazapin som förstahandspreparat, 15-30 mg. Vid längre förväntad överlevnad (månader) kan SSRI övervägas. Beakta dock ökad blödningsrisk!

Om det är svårt att skilja depression från ångestproblem, testa HAD-skalan (Hospital Anxiety and Depression Scale), finns på webben: http://doktorerna.com/tolkning/had-tolkning.

Palliativ sedering

Vid mycket svåra symtom av ångest och andnöd där varje vaken minut och andetag är ett stort lidande, som t.ex. slutfasen av ALS eller vid svår dödsångest, kan sederande läkemedel användas för att skänka kontinuerlig sedering/sömn, om det är detta som behövs för att patienten ska vara väl symtomlindrad. Patienten ska få information om behandlingen och dess möjligheter och anhöriga ska vara väl införstådda med syftet med behandlingen liksom all personal kring patienten. Patienten ska vara i slutfasen av sin sjukdom. Även mycket oroliga, döende patienter som är medvetandesänkta ska ha tillgång till denna behandling för att ge ro kring dödsbädden.

Midazolam i doser om 2-5 mg/tim ges via subcutan infart med läkemedelspump. Upprepad utvärdering av effekt och beredskap att justera dosen är nödvändigt. Laddningsdos på 3-5 mg ges vid uppstart för snabbt insättande effekt och bolusdoser på 3-5 mg efter behov är vanligt. Nackdelar med midazolam är bristande kunskap och snabb toleransutveckling som begränsar användningstiden.

Propolipid kan användas för sedering inom slutenvården på specialiserad enhet, i praktiken anestesi eller palliativ enhet. Startdos 1 mg/kg x h och titrering i steg om 0,5 mg/kg x h. Måste ges iv i säker infart. Vanlig dos är 1-2 mg/kg x h. Sträva efter "conscious sedation".

Behandlingen inleds alltid av läkare med kompetens och erfarenhet; ansvarig läkare ska finnas tillgänglig under jourtid och anhöriga, och om möjligt även patienten, ska vara införstådda med behandlingen.

Om patienten står på opioidbehandling ska denna fortsätta och extradoser ges som tidigare. Om nytillkommen smärta eller andnöd misstänks, ge injektion opioid intermittent.

Förvirring eller delirium

Oberoende av ålder kan alla individer drabbas av delirium. Det finns en gräns för vad hjärnan tål av fysisk, farmakologisk och psykisk belastning och toleransen minskar med ökande ålder. Patienter i palliativ vård är en utsatt grupp med svår somatisk sjukdom, psykologisk stress och ofta hög ålder. Hos sjukhusvårdade patienter med avancerad cancer förekommer hjärnsvikt hos 15-30 %, vissa studier anger dessutom att upp emot 80 % av döende patienter har hjärnsvikt de sista dygnen av livet [11]. Tillståndet uppstår oftast akut, är för det mesta reversibelt om patienten inte är döende och kan fluktuera över dygnet.

Genesen är multifaktoriell och utlösande faktorer kan vara allvarlig somatisk sjukdom, syn- och/eller hörselnedsättning, infektioner, anestesi och operativa ingrepp, läkemedelsbiverkan, urinretention och förstoppning, elektrolytrubbningar, dehydrering, ändrad livssituation, svår psykisk belastning, påfrestande behandling, t.ex. strålbehandling av centrala nervsystemet etc.

Symtom på hjärnsvikt

Lättare fall:

- Minskad uppmärksamhet, distraheras lätt.
- Kan ej ta in information, minnessvårigheter.
- Tappar tråden, kan ej fokusera.
- Feltolkar sinnesintryck.

Svårare fall:

- Förvirring, osammanhängande tal.
- Bristande emotionell kontroll.
- Aggressivitet.
- Paranoida vanföreställningar.
- Hallucinationer.
- Allvarlig sömnbrist.
- Oro och agitation.
- Vandringsbeteende.

Diagnoskriterier (F050) enligt ICD 10: ”Ett etiologiskt ospecifikt organiskt cerebralt syndrom som karakteriseras av samtidigt uppträdande störningar av medvetande, uppmärksamhet, uppfattningsförmåga, tänkande, minne, psykomotorisk funktion, emotioner och sömn-vakenhet. Syndromets varaktighet växlar och svårighetsgraden varierar från mild till mycket uttalad.”

Patofysiologi

Oklar men troligen spelar störd metabolism av acetylkolin in.

Behandling

Om patienten är döende gäller god symtomlindring och stöd till anhöriga. I övrigt [11, 12]:

- Orsaksanalys och kausal behandling. Infektion, resurin, förstoppning, elektrolytrubbning, hyper-/hypoglykemi, malnutrition, smärta och organsvikt är de vanligaste orsakerna. I 50 % av fallen hittar man dock ingen specifik genes.
- Sanera läkemedel:
    - Antikolinergika inkl furosemid, antiepileptika, antipsykotika, antiparkinson-läkemedel, kortison, bensodiazepiner (använd ej Stesolid, kan ha 200 timmars halveringstid, hellre oxazepam), coxiber, opioider, betablockare, cytostatika.
- Farmakologisk behandling:
    - Heminevrin för att få patienten att sova, 600 mg i taget, dosen kan upprepas efter 1-2 timmar upp till 1 800 mg om nödvändigt. Eventuell neuroleptika i små doser, t.ex. Haliperidol (Haldol) 1 mg x 2 vid hallucinationer, i enstaka svåra fall kan Haldol 10-20 mg per dygn behövas; även Olanzapin 2,5 mg kan användas och upptrappas. Enstaka gånger kan svår konfusion behöva brytas med t.ex. injektion Haldol 2-3 mg + diazepam 10 mg i engångsdos. Alternativt ges 5-10 mg Haldol långsamt iv. Vid orolig nattsömn kan Levomepromazin (Nozinan) 5-10 mg tn provas.

- Skapa en lugn och trygg miljö och få patienten att sova, se ovan. Upprätthåll dygnsrytmen, ljus på dagen hjälper nattsömnen. Ge mat och dryck endast när patienten är lugn. Svagt ljus nattetid så patienten kan orientera sig. Patienter med hjärnsvikt ska inte flytta runt. Så få och lugna vårdare som möjligt. Ta in närstående. Avdela någon att vara med patienten. Patienten måste skyddas från att göra bort sig eller skada andra.
- Ge adekvat information till anhöriga; det handlar inte om demens eller psykiatrisk sjukdom utan akut sviktande hjärnfunktion. Förklara att svår sjukdom kan räcka för att framkalla tillståndet.

Patienten minns ofta det deliriösa tillståndet som skrämmande och kan behöva tala om upplevelsen längre fram.

Andnöd

Andnöd är en obehaglig känsla av att inte kunna få luft och en upplevelse av ansträngt andningsarbete. Det är ofta ett svårbehandlat symtom med oklara orsaksmekanismer. Det är vanligast hos patienter med lungcancer, primär eller sekundär, vid pleurametastaser och hos patienter med tidigare hjärtsvikt eller KOL. Som vid ångest och smärta behöver man ta hänsyn till både fysiologiska och psykologiska aspekter.

Sträva efter att i första hand behandla bakomliggande sjukdom/orsak:

Orsaker till dyspné och möjliga behandlingar

Sjukdomsprocess	Potentiella åtgärder
Luftvägsobstruktion	
Luftvägsobstruktion av tumör eller lymfadenopati	Stent, strålterapi, resektion, kortison
Bronkkonstriktion	Bronkdilaterare, kortison
Ökad slemproduktion	Antikolinergika
Stämbandspares	Åtgärd ÖNH-specialist
Sömnapnésyndrom	CPAP
Lungparenkymsorsakat	
Spridd metastasering	Strålterapi, cytostatika, kortison
Pneumoni, aspiration	Antibiotika, bronkial rengöring, aspirationsförebyggande åtgärder
Hjärsvikt	Diuretika, ACE-hämmare, CPAP
Perikardsjukdom, tamponad	Perikardiocentes

Lymfatisk tumör	Diuretika, kortison, cytostatika
Lungresektion, utförd	
Pneumonit av cytostatika	Kortison
Strålningspneumonit och fibros	Kortison
Interstitiell lungsjukdom (KOL)	Kortison
Pulmonell vaskulär orsak	
Lungemboli	Antikoagulantia, trombolys, kärkirugisk interv.
Pulmonell hypertension	
Vena cava superior syndrom	Kortison, strålterapi, cytostatika, stent
Lymfangitis carcinomatosa	Kortison, strålterapi
Pleural orsak	
Pleuravätska	Pleuratappning, pleurodes
Pleural tumör	Strålterapi, cytostatika
Pneumotorax	Dräin
Svag andningsmuskulatur	
Kakexi	
Elektrolytstörning	Justera elektrolyter
Neuromuskulär sjukdom inklusive paramalignt	Maskeventilation
Myopati av steroider	Reducera steroider
Diafragmapares	Maskventilation, pacing av diaframga
Sänkt compliance i bröstkorgen	
Restriktivitet efter torakotomi	
Restriktivitet på grund av tumör i bröstkorgen	Strålterapi, cytostatika
Stor mängd ascites	Dränering
Organförstoring i buken	
Fetma	
Systemisk orsak	
Anemi	Blodtransfusion
Acidos	Korrektion
Arytmi	Antiarytmika
Neuropsykiatrisk orsak	
Smärta	Opioider
Depression	Antidepressiva
Ångest och oro	Anxiolytika, KBT
Respiratorisk panik	Anxiolytika, antidepressiva, KBT

Icke farmakologisk behandling

- Hjälp till anpassning i hemmet; t.ex. slippa gå i trappor, bra sittställning, rullator m.m.

- Öppet fönster eller handfläkt (luft i rörelse vid näsan stimulerar sannolikt receptorer som minskar känslan av andnöd).
- Avslappningsteknik/andningsteknik (PEEP/blåsa mot läppar), kroppsställning mm).
- Konditionsträning fa vid KOL.
- Non-invasiv ventilation vid ALS.

Läkemedel

Förstahandsmedel mot andnöd är opioider! Detta gäller även patienter med respiratorisk insufficiens, t.ex. KOL i palliativt skede. Det finns inga belägg för att små doser opioider skulle förvärra andningssvikten eller orsaka dödsfall.

Opioider

Givet som stötdoser dämpar upplevelsen av andnöd. Vid dosering, skilj på opioidnaiv och opioidtolerant patient. Till opioidnaiv patient börja med morfin eller ketogan 2,5-5 mg sc. Till opioidtolerant patient pröva att ge en något ökad trygghetsdos opioid. Långverkande opioid tn kan ge minskat antal episoder med nattlig dyspné.

Benzodiazepiner

Dämpar ångesten förknippad med andnöd. Använd Midazolam för snabb effekt.

Bronkdilaterare

T.ex. Atrovent, beta-stimulerare.

Steroider

Motverkar obstruktivitet, verkar avsvällande och minskar sekretion i luftvägarna p.g.a. antiinflammatorisk effekt. Höga doser kan ges vid lymfangitis carcinomatosa och vena cava superior syndrom, för dosförslag kontakta palliativt team.

Syrgas

Stor placeboeffekt som ej är relaterad till förbättrad syresättning. Används huvudsakligen till patienter med andnöd och verifierad hypoxi, om ingen hypoxi föreligger har studier visat att luft har lika god effekt mot andnöd [13]. Överväg nackdelar i form av bundenhet, uttorkning av slemhinnor, psykologiskt beroende.

Patienter med KOL och hjärtsvikt som redan har syrgas ska förstås fortsätta med detta.

Palliativ sedering

Övervägs vid kort tids överlevnad (1-3,5 dagar) och svår behandlingsresistent dyspné.

Hicka

Hicka är ovanligt men kan vara ytterst besvärande. Ett flertal metoder och farmaka finns rapporterade, sannolikt som uttryck för att tillståndet är svårbehandlat. Någon evidensbaserad metod finns ej. Man kan dock prova att stimulera tungrot och bakre svalgvägg så att en kväljning uppstår. Detta kan göras med en sugkateter. Andra medel som rapporterats lindra hicka är Haldol 2,5-5 mg x 1, injektion Primperan 20 mg, Baklofen 5-10 mg x 2 [14].

Svettningar

Förhöjd rumstemperatur, feber, kroppsrörelse är vanliga orsaker till svettning. Hos patienter med avancerad cancer finns svettningar som ett paramalignt fenomen. Även andra svårt sjuka patienter kan svettas som uttryck för rubbning i autonoma funktioner. Läkemedel kan framkalla svettningar, t.ex. hormonbehandling, paracetamol, tricykliska antidepressiva och opioider. Svåra svettningar kan innebära ombyte av sänglinne och kläder flera gånger per dygn.

Åtgärder

- Sänkt rumstemperatur, bomullskläder, ökad ventilation, eventuell fläkt.

- Revidera läkemedelslistan om möjligt; en del patienter blir bättre om paracetamol sätts ut.
- Pröva NSAID till natten.
- Vid misstänkt opioidutlösta svettningar, pröva Betapred 2-4 mg oralt/dygn.
- Clonidin (Catapressan) i låg dos kan prövas vid uttalade besvär.
- Vid infektioner, eventuell antibiotika i symtomlindrande syfte.
- Olanzapine 5 mg tn kan lindra.

Sammanfattningsvis är den vetenskapliga dokumentationen bristfällig, jämförande studier saknas och man får pröva sig fram.

Klåda

Allergiska problem, torr hud, hudsjukdomar, läkemedelsreaktioner, gulsot, njursvikt, skabb m.m. kan underhålla svår klåda. Försök alltid analysera orsaken.

Patofysiologiskt kan klåda indelas i

- pruritoceptiv där ursprunget finns i förändringar i huden, t.ex. dermatit, urticaria
- neuropatisk där klådan beror på någon störning i det afferenta systemet från huden till somatosensoriska cortex, t.ex. MS, HIV
- neurogen p.g.a. ackumulation av endogena opioidliknande peptider, t.ex. vid cholestatisk klåda, oklara sannolikt multifaktoriella mekanismer såsom klåda vid uremi och vissa maligna sjukdomar, främst polycytemi och lymfom samt psykogen klåda.

Kliniska syndrom med klåda

Cholestasinducerad klåda

Börjar vanligen i handflator och fotsulor. Tros bero på en central mekanism utlöst av endogena opioidliknande peptider från levern. Ska om möjligt behandlas med endoskopisk stentbehandling. Histamin

spelar en underordnad roll. Värdet av histaminreceptorblockare vid behandling hänger troligen ihop med sedativ effekt. Man prövar ofta Hydroxizin (Atarax) 25-50 mg tn eller Levomepromazin (Nozinan) 5-25 mg tn.

Naltrexone 50 mg ½ x 2 kan prövas mot akut skov med klåda hos opioidnaiv patient. Denna dos kan justeras efter kliniskt svar upp till 250 mg/dygn.

Andra medel som rekommenderas är Ondansetron (Zofran) tabl 4 mg x 2 eller injektion 8 mg iv vid akut skov (kan prövas även vid opioidutlöst klåda), Rifampicin 150 mg x 2 och Kolestyramin (fungerar ej vid total obstruktion av gallvägen).

Uremiutlöst klåda

Om möjligt mer effektiv dialys. Naltrexone + eventuellt Mirtazapin 15-30 mg tn kan prövas. Gabapentin 100-400 mg (även vid neurogen klåda).

Övrigt

Vid polycytemi rekommenderas interferon alfa, Paroxetin, låg dos acetylsalicylsyra.

Vid Mb Hodgkin kortison, Mirtazapin. Vid solida tumörer Paroxetin, Mirtazapin.

Vi saknar erfarenhet av dessa behandlingar.

Sammanfattningsvis är de flesta behandlingsrekommendationer baserade på fallstudier [15, 16].

Oavsett genes och annan behandling är god hudvård viktig. Lotion innehållande karbamid och eventuellt kortisonkräm kan behövas.

Steroider i palliativ vård

Steroider används i palliativ vård främst för att öka patientens allmänna välbefinnande och som del i antiemetisk behandling. Det handlar för det mesta om kortare kurer, men en del patienter kan ha glädje av en mindre dos livet ut. Individuell dosering och uppföljning av effekt är viktigt.

- **Antiemetisk behandling**. Sätt in betamethason tillsammans med annan antiemetika för optimering av effekt och snabb symtomkontroll.
  Dosering:
  Betamethason 6 mg x 1 x III, 4 mg x 1 x III, 2 mg x 1 x III alternativt injektion betamethason 4 mg/ml 1,5 ml x 1 x III, 1 ml x 1 x III, 0,5 ml x 1 x III men pröva övergång till oralbehandling när detta är möjligt. Utvärdera Några patienter har glädje av låg underhållsbehandling.
- **Behandling av trötthet, matleda, nedsatt allmäntillstånd och nedstämdhet vid kort förväntad överlevnad.**
  Dosering:
  Betamethason 4 mg x 1 x III, 3 mg x 1 x VII. Utvärdera effekt efter 3-4 dagar och sätt ut direkt om ej effekt. Sätt annars ut när kuren är slut. En del patienter har glädje av liten underhållsdos 1-2 mg/dygn under längre tid. Hos patient som står på låg underhållsdos kan denna tillfälligt ökas några dagar vid behov, t.ex. vid deltagande i större familjeangelägenhet.
- **Behandling av smärta där ödemkomponent eller inflammatorisk reaktion kan misstänkas.**
  Vid smärta från leverkapselengagemang eller vid inväxt/tryck på nervplexus pröva betamethason i dosen 8 mg + 8 mg + 0 x II, 6 mg + 6 mg x II. Vid skelettmetastaser och mycket besvärande rörelserelaterad smärta, pröva 4-8 mg betamethason x 1 i 3-4 dagar.
- **Vid ryggmärgskompression och behandling av hjärnödem**, använd neuro-kir-schemat enligt följande:
  Dag I: betamethason 8 mg + 8 mg + 0
  Dag II: 8 mg + 6 mg + 0
  Dag III + IV: 4 mg + 4 mg + 0
  Dag V-VI: 2 mg + 2 mg + 0 sedan efter behov och kliniskt förlopp.

Biverkningar

Vid kortare kurer få biverkningar. Akut risk finns för blodsockerstegring och kognitiv påverkan, patienten kan bli speedad. Genom att endast ge morgondos kan sömnpåverkan undvikas. Svampinfektion kan också relativt snabbt aktiveras.

Biverkningar på längre sikt: ulcus, skör hud, urkalkning av skelettet, proximal myopati med muskelsvaghet främst i quadriceps.

Att beakta vid steroidanvändning

Blodsocker/diabetes

Patienter med nedsatt glukostolerans kan få blodsockerstegring och utveckla diabetes. Blodsocker kontrolleras.

Till diabetiker ges steroider efter övervägande. Tillgång till täta blodsockerkontroller och hjälp med insulinbehandling är nödvändigt. Informera patient, anhöriga och vårdpersonalen.

Osteoporosprofylax

Vid behandling mot livets slut med en uppskattad överlevnad på max 3-6 månader, behövs inte samtidig osteoporosprofylax, d.v.s. behandling med osteoklasthämmare och D-vitamin.

Ulcus-skydd

Används vid samtidig behandling med cox-hämmare.
Ge omeprazol 40 mg x 1. Enbart steroidbehandling anses inte öka risken för ulcus.

Utsättning

Vid behandlingsperioder under 2 veckor kan preparatet sättas ut direkt. I övriga fall krävs nedtrappning. Ju längre behandlingsperiod desto långsammare nedtrappning.

Terapeutiskt jämförbara steroiddoser

Betametason	0,6
Dexametason	0,75
Prednisolon	5 (10 mg prednisolon motsvarar alltså 1,2 mg betametason)
Hydrokortison	20

Akuta situationer: Blödning, panikångest, kvävning, kramp

Det är ovanligt med svåra akuta symtom i palliativ vård, men det är bra att vara förberedd och ha en handlingsplan. Det kan röra sig om krampanfall, panikångest, kvävningsattacker, stora livshotande blödningar.

- Gör ditt bästa för att skapa lugn runt patienten och lindra symtom som ångest och oro.
- Informera anhöriga om vad som händer och om vad som görs för patienten och varför.
- Någon ska hela tiden finnas vid patientens sida och hålla om.
- Vid stora blödningar, stoppa om med filtar om patienten fryser. Använd mörka handdukar eller tygstycken för att suga upp blodet och lägg runt patienten.

Läkemedel

Kramper

Diazepam 10-30 mg rektalt.

Buccolam.

Panikångest

Midazolam 5-10 mg iv/sc; det finns också en munsöndrande beredning, Buccolam.

Kvävning

Midazolam 5-10 mg iv/sc och morfin 5-10 mg iv/sc till opioidnaiv patient; högre dos till opioidtolerant patient, förslagsvis 2-3 ggr ordinarie trygghetsdos.

Livshotande blödning

Midazolam 10 mg iv/sc, eventuellt morfin 5-10 mg iv/sc.

Vid hotande kvävning och/eller blödning kan patienten utrustas med nasalt, snabbverkande fentanyl: Instanyl, välj väl tilltagen extrados.

För råd om dosering kontakta palliativa teamet.

Den allra sista tiden

Detta skede kan komma hastigt över några dagar eller vanligtvis mer utdraget under några veckor. Det karakteriseras av att den sjuke inte längre orkar vara uppe utan blir sängliggande hela dygnet med tilltagande perioder av sömn/ dvala. Patienten orkar inte äta och dricker sparsamt. I detta skede ska alla mediciner utom de som lindrar sättas ut, om så inte är gjort tidigare, t.ex. blodtrycksmedicin, lipidsänkande medicin, vitaminer, järn, erythropoetin m.m.

OBS! Vissa farmaka kan ge utsättningsbesvär, därför kan det vara klokt att trappa ut under en längre tid, t.ex. betablockare, vissa psykofarmaka etc.

Upphör med onödiga omvårdnadsåtgärder - vänd inte patienten efter klockan om det ökar smärtan, försök inte påtvinga vätska eller föda om patienten inte själv kan eller vill.
Använd subcutan läkemedelstillförsel via venflon om patienten har svårt att svälja. Om patienten har CVK, använd den.

Intravenös näringstillförsel ska avbrytas om det inte är gjort tidigare. Det kan ge upphov till illamående, uppkördhet, ödem, ökad sekretion i mag-tarmkanalen och luftvägar. Intravenös vätsketillförsel är för det mesta onödigt då känslan av törst är mer betingad av om munhålan fuktas. Detta kan bli en av de viktigaste omvårdnadsåtgärderna. Att ge vätska iv har ofta ett stort symbolvärde och kan vara svårt att bryta av

psykologiska skäl. Det är då viktigt att reducera intaget till några hundra ml/dygn för att undvika ödembildning.

Trygghetsordinationer

Ska finnas hos alla patienter i sen palliativ fas, t.ex.

Mot smärta och andnöd

Injektion Morfin 10 mg/ml, 5-10 mg sc vid behov. Får upprepas med 30 min intervall tills symtomfrihet.

Till opioidtoleranta ges uträknad dos sc av injektion hydromorfon (Palladon) 10 mg/ml, se tabeller under rubrik Opioider.

Mot oro/ångest

Tabl Oxascand 10 mg, 1 vb max x 3 alternativt tabl Temesta, munlöslig, 1 mg, 1 vb max 6/dygn.

Injektion Midazolam 5 mg/ml, 0,5-1 ml sc vb. Dosen får upprepas med 30 min intervall tills patienten är lugn.

Mot illamående

Injektion Haldol 5 mg/ml, 0,2-0,4 ml sc vb, max x 2.

Mot slemsekretion i luftvägarna

Injektion Robinul 0,2 mg/ml, 0,5-1 ml sc max x 3. Används bara i nödfall då det ger uttalad muntorrhet.

Kontaktuppgifter

Ytterligare råd om symtomlindring kan fås från:

Palliativt team i Södra Älvsborg
Södra Älvsborgs Sjukhus
Tfn **033-616 47 75** röstbrevlåda, lämna telefonnummer så ringer vi upp.

Källförteckning

1. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Caraceni A et al, Lancet Oncol 2012; 13:e58-68.
2. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic Review. Finnerup NB et al, Lancet Neurol 2015: 162-73.
3. Bisphosphonates for breast cancer. Pavlakis N et al, Cochrane Database Syst Rev. 2005; (3):CD003474.
4. Nausea and vomiting in advanced cancer. Twycross R et al, European journal of palliative care 1998; 5:39-45.
5. Palliation of nausea and vomiting in malignancy. Mannix K, Clin Med 2006; 6:144-147.
6. Use of clinical pictures in the management of nausea and vomiting: a prospective audit. Bentley A et al, Palliat Med 2001; 15:247-253.
7. Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far-advanced cancer. Glare P et al, Support Care Cancer 2004; 12:432-440.
8. A systematic review of the treatment of nausea and/or vomiting in cancer unrelated to chemotherapy or radiation. Davis MP et al, J Pain Symptom Manage. 2010; 39:756-61.
9. Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: A qualitative systematic review. Mercadente S et al, J Pain and Symptom Manage. 2007; 33:217-223.
10. Classification and pathophysiology of the anorexia-cachexia syndrome. Strasser F, Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford Press 2010.
11. Management of delirium in palliative care: a review. Grassi L et al, Curr Psychiatry Rep. 2015; 17:550-ff.
12. The assessment and management of delirium in cancer patients. Bush SH, Bruera E, Oncologist 2009; 14:1039-49.

13. A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. Bruera E et al, Palliat Med 2003; 17:659-663.
14. Dysphagia, dyspepsia and hiccup. Regnard C, Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford Press 2010.
15. Itch: scratching more than the surface. Twycross R et al, Q J Med 2003; 96:7-26.
16. Pruritus: scratching the surface. Bosonnet L. Eur J Cancer Care 2003; 12:162-165.

Litteraturhänvisningar

Palliativ medicin och vård. P Strang, Beck-Friis B. Liber 2012

Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford Press 2010.

Cancerrelaterad smärta. Strang. Studentlitteratur 2003

Länkförteckning

- Smärtbehandling - Långvarig via epidural och intratekal kateter. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS. https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument
- Smärtlindring genom perifer nervblockad med kvarliggande kateter. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS. https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument
- Instruktionsfilm ”Ascitestappning med Venflon”. Universitetssjukhuset, Örebro. https://vardgivare.regionorebrolan.se/de/vardriktlinjer-och-kunskapsstod/videoarkivet-uso/Kirurgia-minor/Ascitestappning-med-Venflon/
- HAD-skalan (Hospital Anxiety and Depression Scale) (sidan 24) http://doktorerna.com/tolkning/had-tolkning

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Bernt Turesson, (bertu), Överläkare

Granskad av: Bernt Turesson, (bertu), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-135

Version: 8.0

Giltig från: 2026-09-24

Giltig till: 2028-09-17