

Senast reviderat: 2026-04-20

Dokumentet gäller för: Transplantationscentrum

Innehållsansvarig: Astrid Meijer, sjuksköterska

Palliativ vård (Tidigt, sent och livets slut)

Tankehjälp för SSK

- Första brytpunktssamtalet bör ske så snart palliativ vård är konstaterad, det vill säga personen i fråga kommer inte ÖVERLEVA denna sjukdom. Palliativ vård kan pågå i år, där främjande av livskvalitén och livsförlängande åtgärder är fokuset över att bota.
- När förväntad överlevnad är ett år eller längre, fortsatt med maximala vårdåtgärder. Målet i detta stadie är att förlänga patientens liv och förbättra livskvaliteten. Erbjud samtal. (Kronobergsmodellen)
- Palliativ fas kan vara i flera år, veckor eller månader och vården ska anpassas därefter.
- Vid förväntad överlevnad mellan *tre månader och ett år*, även aktuellt för sköra patienter som troligen ej överlever i ett år till. Då är det viktigt att se om de åtgärder man gör riskerar snarare förkorta livet eller skada hans livs istället för att lindra. (Nationella riktlinjer, 2025.) Nedanstående åtgärder är ett läkarbeslut, men kan vara tryggt för oss att veta om detta och kunna hänvisa till. *Detta kan gälla:*
 - HLR
 - Respirator vid tex KOL, lungfibros eller ALS
 - Kirurgi vid mekaniskt ileus
 - Behandling vid sviktsjukdomar i hjärta, njure eller lever
 - Utsättning av läkemedel
- Förväntad överlevnad mellan några timmar - ett par tre månader. Fokus på symtomlindring enligt palliativ vård i livets slutskede. Brytpunktssamtal ska vara genomfört. Vid detta lag är det dags att avsluta de flesta sjukdomsinriktade behandlingsåtgärder om man inte redan gjort så.

Läkare bör vid detta lag överväga:

- Ordinera trygghetsordinationer
- Gå igenom Im-listan, ta ställning till vilka läkemedel som bör prioriteras, kan patienten ens svälja?
- Bedöm åtgärder som HLR, IVA, respirator, dropp, sondnäring, ytterligare provtagning. Gagnar det patienten?

Postadress:

Transplantationscentrum

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:

031-342 11 39

Webbplats:

sahlgrenska.se

- Undvik åtgärder som inte får effekt om minst 2–3 månader, kirurgi, strålning osv
- Överväg att spara blodprov för att möjliggöra onkogenetisk diagnostik av eventuella ärftliga inslag vid cancersjukdom

- Nedanstående är en lista att ha för diskussion med läkare kring palliativa patienters läkemedel och medicinska åtgärder.
 - *Antidiabetika*: Ej lika viktigt att hålla koll på blodsockret, då patient inte kommer besväras av långtidseffekterna av hyperglykemi (då döden kommer inträffa innan biverkningar av högt blodsocker). Man ska däremot vara försiktig med att pressa ner sockret, i palliativt skede gynnas patienten av att ligga mellan 15-20 i p-glukos. Då högt socker sällan ger symtom i detta skede.
Viktigt avsluta tabletter som *metformin* i tidigt skede (patienten börjar äta mindre och löper ökad risk för hypoglykemi). Däremot patienter med diabetes typ I bör behålla låg dos insulin livet ut, kontakta diabetiskonsult för rekommendationer eller PRT.
 - *PPI* behöver trappas ut om pågått mer än i en månad, finns risk för rebound effekt.
 - *Benzodiazepiner, medel-långtidsverkande* vid förvirring. Symtomatisk behandling med dessa har sällan och i princip aldrig en önskvärd effekt. Dessa ökar snarare förvirring och ökar risk för fall. Vid förvirringstillstånd är det mer väsentligt att hitta orsaken till vad de utlösande faktorerna, vilket i sin tur kan ge svar på vilken behandling man ska ha i åtanke. Icke-farmakologisk behandling (så som närvaro och samtal) är att föredra.
 - *Erytrocyter* kan vara positivt i ett tidigt palliativt skede för att behandla fatigue/trötthet r/t låga blodvärden. Dock viktigt avsluta med dessa i god tid när man märker att det inte gynnar patienten med en positiv effekt längre.
 - *Antikoagulantia* i palliativ vård är utmanade. Symtom av stroke, svullet ben, lungemboli och andnöd kan ge sämre livskvalitet. Men behandling av antikoagulantia i detta skede kan ge allvarliga och även livshotande blödningar. Profylaxbehandling vid tex flimmer rekommenderas inte, däremot hos en patient som haft en större tromboembolisk händelse (lungemboli tex) kan behandling fortsätta tills de sista dagarna. En svensk studie visar att cancerpatient under sitt sista år som behandlats med antikoagulantibehandling löpte högre risk för blödning. 16% drabbades av allvarlig blödning, samtidigt var det 0.2% som drabbades av negativ hjärt-och kärlhändelser efter utsättning av antikoagulantia.
 - *Blodtrycksmediciner*: De allra flesta BT-mediciner kan sättas ut rakt av. Blodtrycket sjunker när man närmar sig livets slutskede och behovet av dessa minskar därav. Finns även studier som visar att äldre patienter i livets slutskede har en viss längre överlevnad om man satt ut blodtrycksmediciner i tid och gynnas av det högre trycket.

- *Betablockare* behöver i många fall trappas ut försiktigt eftersom det finns en risk för rebound-effekt. Vilket kan ge hög puls, oro, tremor och skakningar. Rek: ½ dosen i vecka och fortsatt halvera vecka för vecka tills lägsta do uppnådd och sätts sedan ut efter ytterligare en vecka. (tex 50 mg metoprolol, blir 25 mg metoprolol en vecka, för sedan 12.5 mg en vecka och sedan utsättning)
- *Statiner*: Kan i regel sättas rakt ut och behöver ej trappas ut, studier visar att utsättning av dessa i palliativt skede (1-2 år före död) innebar samma och i vissa fall även bättre livskvaliteten sista veckorna i livet.
- *Kortison* kan däremot ge lindring när andra läkemedel inte funkar och kan fortsätta till livets slutskede. Kan ge lindring mot smärta och illamående när inget annat hjälper. Vid ileus eller svårigheter med att svälja kan kortison ges som intravenös eller subkutan injektion, kan sättas ut sista dygnet utan utsättningsyndrom.
- *Antidepressiva* behöver trappas ut försiktigt (framförallt SSRI) Det finns i nuläget inga SSRI för parenteral administrering och därför kan det vara bra att försöka trappa ut dessa i god tid till lägsta dos för att förhindra utsättningsymtom.
- *Syrgasbehandling*: Om syremättnaden hos en patient överstiger 90%, saknas indikation för syrgasbehandling. I dessa situationer är oftast orsaken till andnöd inte relaterat till syrebrist, utan kan vara helt andra orsaker. Såsom, buktryck, pleuravätska, förstora lever, ascites, hjärtsvikt och t.o.m. psykologiska mekanismer.
- *TPN*: Bör ges med absolut försiktighet i den senna palliativa fasen och livets slutskede. Tex de med spridd cancersjukdom, fortskridande organsvikt eller svår kognitiv sjukdom går in i en kakexi de sista 2–3 månaderna i livet. Denna går ej att behandla och innebär att ämnesomsättning domineras av nedbrytning av patientens eget fett och protein för att istället bilda glukos (Muskelsvaghet som följd). Detta går inte att omvända oavsett hur mkt dropp en patient får, utan kan istället resultera i övervätskning och biverkningar som fettemboli. (Fletcher et al., 2018, p. XXXX)
- *Röntgen och prover*, dessa ska inte ordineras eller utföras om inte är övertygad att resultaten kan leda till en åtgärd som kan gagna patienten. Istället blir det ett påfrestande för patienten med onödiga transporter och smärtsamma stick. Denna rekommendation kommer från erfarenhetsbaserad konsensus på palliativa centrum.
- Laxering viktigt då patienten oftast står på starka opiater. Tex laxantia p.os, stolpiller, klyx, klysmå, mjuk bukmassage, lavemang.
- Vid stopp som tex ileus utvärderas patienten individuellt.

(Kloka palliativa val samt strukturerad utsättning av läkemedel,2026)

- Teamvård är väsentligt och kan vara temporärt, behöver ej vara specialiserad palliativt. Men kan innebära avdelningens fysioterapeut, ssk, usk, läkare, arbetsterapeut. Alla som arbetar tillsammans för att ge en personcentrerad vård, beroende på patientens situation kan andra professioner kontaktas. Så som smärtläkare, dietister, andliga företrädare och tex onkologer. PRT kan även involveras.
- Diarré är mindre vanligt i palliativt skede men kan vara plågsamt och besvärligt vid uppkomst. Viktigt att vätskeförlusten ersätts så att patienten ej blir dehydrerad och undvik kost som irriterar mag-tarmfunktionen Aktiva substanser som motverkar diarré kan användas med försiktighet.
- Förvirring, smärta oro kan vara tecken på förstoppning eller överfylld blåsa. Regelbundet bladderskanna och mäta urinproduktion vid misstänkt urinretention. Kan vara aktuellt sätta KAD om patienten ej kan tömma blåsan eller komma upp till toaletten och kissa.
- Nutrition, risk för undernäring bör bedömas kontinuerligt men även patientens individuella önskemål ska has i åtanke. Munhålan ska inspekteras regelbundet. Dropp, EN och PN kan vara aktuellt beroende på var en patient är i det palliativa skedet.
- Parenteral vätska är bra vid behandlingsbara tillstånd som stora vätskeförluster, kräkningar, ileus, osv.- Kan vara svårt bedöma vad som är orsaken till patientens försämring om det är mag-tarmproblematik eller sjukdomsprogress. Risken för biverkan bör därför noggrant övervakas vid insättning. Biverkan kan vara ascites, pleuravätska, perifera ödem. BERÄTTA om detta för patienten och ha en plan för avslutning av behandling om det inte funkar.
- Vid livets slutskede finns det ingen anledning att längre bedöma nutritionsstatus, genom kost- och vätskeregistrering, vikt. Patientens önskemål är det allra viktigaste, de som vill ska få lov att äta. Viktigt med att analysera varje patients behov och önskemål.
- Reflektion och handledning, personal som arbetar med livshotande sjukdom eller döende bör erbjudas reflektion. Detta är något vi ska kunna begära, eller att man tar tag i det och diskuterar med sina kollegor vid behov av reflektion och stöd.
- Ju mer en patient tappar självständighet, desto mer ökar behovet av omvårdnad.
- Uppnå autonomi så länge det är möjligt
- Identifiera förändringar och ökat behov av omvårdnad, dokumentera förändringar.
- Prata om något vardagligt samtalsämne, så patienten vet att livet fortfarande finns
- Bedöm patientens symtom och andra problem som uppstår kontinuerligt, utvärdera, bemöt och noggrant dokumentera.
- Jobba utefter de fyra hörnstenarna - Helhetsvård

- Vad är viktigt nu, vad kan vi göra, vad bör vi göra och för vem gör vi det för (tex blodprov, röntgen – kommer det leda till åtgärd). Dessa kontroller kan utföras om där finns en plan gällande åtgärd som kan ge effekt om mindre än 2–3 månader (vid livets slutskede).
- Närståendepenning - informera närstående fortlöpande

(Regionala cancercentrum, 2026)

Referenser:

Fletcher, J., Woodham, D., Dera, M., & Cooper, S. C. (2018). Home parenteral nutrition in patients receiving palliative care: a curriculum-based review. *Frontline Gastroenterology*, 10(4), 421–426. <https://doi.org/10.1136/flgastro-2018-101113>

Kloka palliativa val samt strukturerad utsättning av läkemedel. (n.d.).

Start Kunskapsbanken. [https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-
vard/vardprogram/kloka-palliativa-val-samt-strukturerad-utsattning-av-lakemedel/](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-vard/vardprogram/kloka-palliativa-val-samt-strukturerad-utsattning-av-lakemedel/)

Regionala cancercentrum. (2026). Palliativ vård – vuxna nationellt vårdprogram.

In *Kunskapsbanken - Cancercentrum*. REGIONALA CANCERCENTRUM. Retrieved April 16, 2026, from [https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-
vard/vardprogram/](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-vard/vardprogram/)

Postadress:

Transplantationscentrum

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:

031-342 11 39

Webbplats:

sahlgrenska.se