

Gäller för: Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra
Innehållsansvar: Linda Bengtsson, (linbe13), Överläkare
Godkänd av: Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-10

Giltig till: 2027-04-10

Problemlösning IDA-behandling jourtid

Förändringar sedan föregående version

Ingen förändring av innehåll.

Bakgrund och syfte

Smärtcentrum AnOpIVA SU/Östra erbjuder behandling med intratekal smärtlindring (IDA) till patienter med svår cancerrelaterad smärta. Smärtcentrum ansvarar för inläggning av intratekal kateter och uppstart av behandling samt har därefter ett fortlöpande konsultativt ansvar för katetersystem och behandling gentemot patientens hemklinik. Vid behov av rådgivning kring IDA-behandling kontaktas akut smärtteam SU/Östra vardagar kl 8:30-15:00. Vid akuta problem jourtid som inte kan vänta till närmsta vardag kontaktas primärjour 1 anestesi centralkliniken SU/Östra.

Denna rutin är en kompletterande rutin avseende akut otillräcklig smärtlindring och tekniska problem vid IDA-behandling. Den riktar sig till primärjour och bakjour anestesi SU/Östra och tillämpning av innehållet förutsätter förtrogenhet med de riktlinjer som finns i rutinen ”Intratekal smärtbehandling (IDA) via tunnelerad kateter och extern pump vid cancerrelaterad smärta”.

Nedanstående rekommendationer skall ses som ett stöd till strukturerad problemlösning och förslag på åtgärder vid olika kliniska situationer. Optimal handläggning i det enskilda fallet förutsätter dock att även övriga omständigheter och individuella faktorer beaktas. Det är inte ovanligt att det i samband med IDA-behandling uppstår svåra frågeställningar både medicinskt, etiskt och logistiskt.

Utförande

Vid akut otillräcklig smärtlindring bör man först försöka avgöra huruvida den ökade smärtan beror på otillräcklig dosering av smärtlindring eller om det har uppstått tekniska problem som gör att avsedd mängd läkemedel inte når spinalrummet.

- Fungerar infusionspumpen? Finns det infusionslösning kvar? Sitter kopplingarna ihop mellan infusionsaggregat/filter/kateter? Sitter

katetern kvar? Är alla klämmor öppna? Återkommande ocklusionslarm?

Otillräcklig dosering av smärtlindring

- Ökad smärta där tekniska problem uteslutits beror oftast på otillräcklig dosering av smärtlindring. Detta i sin tur kan vara relaterat till progress av underliggande cancersjukdom och man bör ha i åtanke att dessa patienter även löper ökad risk att drabbas av komplikationer som exempelvis patologiska frakturer och DVT.
- Individuell behandlingsplan för smärtgenombrott finns för den enskilda patienten i IDA-journalen och i Melior. I de flesta fall innebär detta att patienten i första hand skall använda PCA bolus via IDA och om detta inte räcker ges annan smärtlindring enligt individuell ordination.
- Dosjustering av IDA-behandling bör göras i samråd med akuta smärtteamet SU/Östra men om situationen är så pass svårhanterlig att det inte går att avvakta till närmsta vardag kan det i vissa fall vara aktuellt att göra en dosjustering jourtid. Förslagsvis ökas då antingen kontinuerlig dos eller bolusdos med 0,1 ml. Det är oftast säkrast att öka bolusdosen eftersom denna i viss mån är självreglerande. (Aktuell dos och styrka på läkemedelsblandning finns dokumenterat i IDA-journal och i Smärtcentrums anteckningar i Melior.)
- För att ändra dosering i pumpen anges kod 403. För att ge klinikerbolus anges kod 997.

Tekniska problem - ocklusion

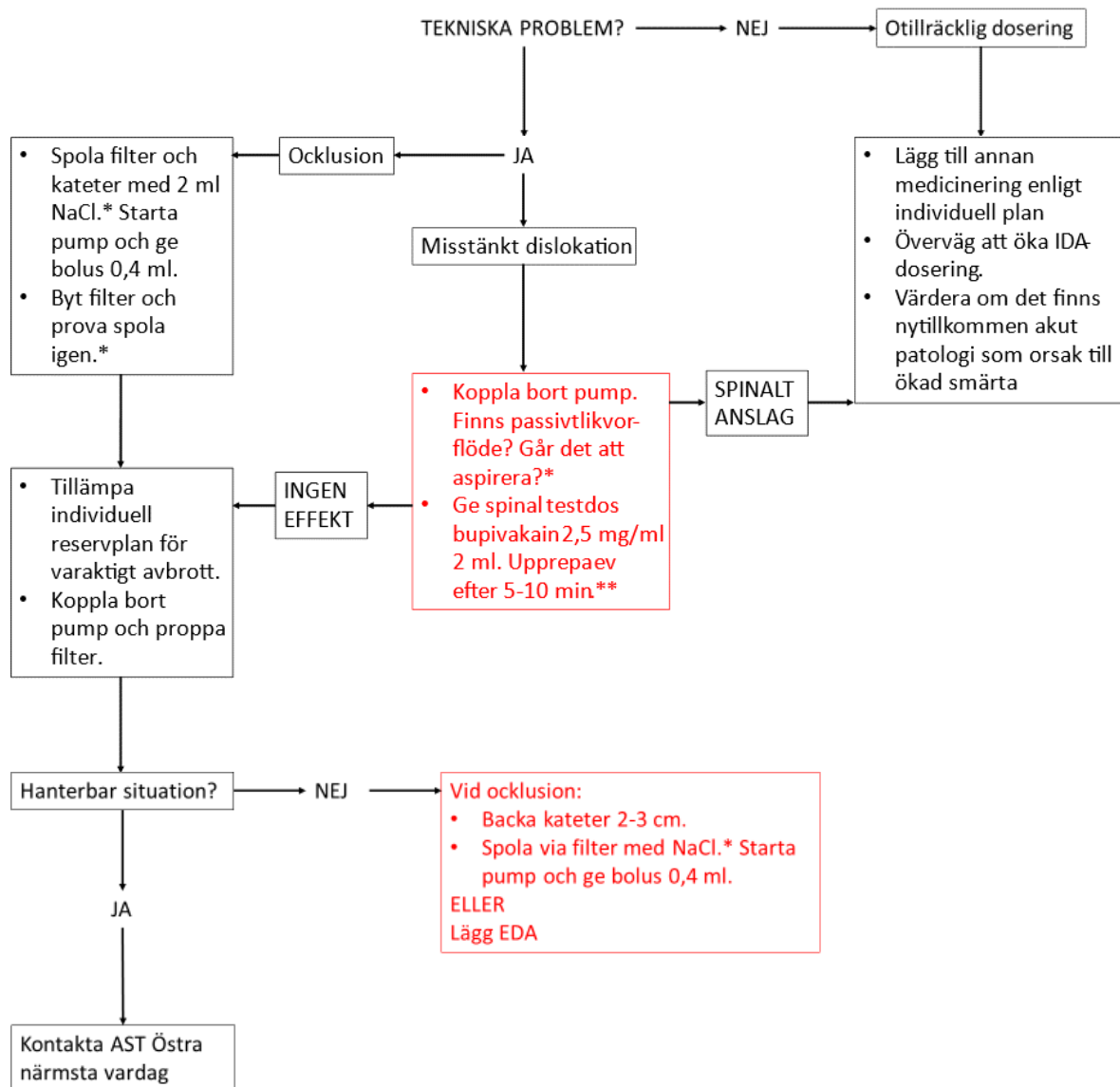
- Ocklusion kan uppstå på olika nivå i systemet och man behöver först felsöka var problemet sitter. Kontrollera att alla klämmor är öppna och att det inte finns knickar eller ansamling av luft i den del av systemet som är synligt utanför kroppen. Om orsak inte hittas gå vidare med att koppla bort pump och spola via filtret med 2 ml NaCl. Fungerar inte detta kan man byta till nytt genomspolat filter och prova igen. Om problemet är åtgärdat kopplas pumpen på och startas, bolusdos 0,4 ml ges för att fylla filtret med läkemedel.
- Om det fortsatt inte går att spola får man förmoda att det finns en knick på den intratekala katetern subkutant eller i ryggen. I första hand tillämpas individuell reservplan för varaktigt avbrott som finns i patientens IDA-journal. Pump koppas bort och filter proppas.
- Om det inte går att uppnå en hanterbar situation med hjälp av reservplan, och patienten har normal koagulation, kan katetern backas 2-3 cm. Detta görs lättast med patient i sidoläge. Kontrollera först i operationsberättelsen hur långt katetern är inlagd. (Standard är att

katetern läggs in 8-10 cm spinalt.) Undvik om möjligt att lossa suturer. Prova därefter igen att spola via filtret med 2 ml NaCl. Om problemet är åtgärdat kopplas pumpen på och startas, bolusdos 0,4 ml ges för att fylla filtret med läkemedel.

- Dokumentera i Melior och IDA-journal att katetern backats och hur mycket. Om suturer lossats rekommenderas att försöka sätta nya suturer enligt bilaga steg 2-5. Om detta inte är genomförbart jourtid måste mycket noggrann fixering göras med förband och man får räkna med ökad risk för dislokation. Patienten skall inte återgå till hemmet utan att smärtläkare säkerställt adekvat fixering med sutur.
- Om problemet fortfarande kvarstår rekommenderas att proppa filter och låta katetern vara kvar. EDA kan läggas om det är rimligt att tro att det kan lindra smärtan. Skall då läggas på nivå med god marginal till IDA-kateter så att denna inte skadas. Använd EDA Standardblandning eller Ropivacain 2 mg/ml och komplettera med systemisk smärtlindring inklusive opioid för att undvika abstinens.

Tekniska problem – dislokation

- Vid misstanke om att katetern dislocerat ut ur spinalrummet kopplas pumpen bort. Kontrollera om det finns passivt backflöde av likvor från filtret och om det går att aspirera.
- Frånvaro av likvor kan inge misstanke men inte bekräfta kateterdislokation. Gå därför vidare med att ge en spinal testdos med bupivakain. Späd bupivakain 5 mg/ml med NaCl till styrka 2,5 mg/ml och ge 2 ml via filtret. Upprepa ev efter 5-10 min. (OBS! om kateterspetsen ligger på cervikal eller hög thorakal nivå ovan Th 7, skall i stället försiktig titrering göras med 0,5 ml i taget.) Om spinalt anslag fås, koppla på och starta pumpen. Gå vidare som vid otillräcklig dosering av smärtlindring.
- Vid uteblivet spinalt anslag tillämpas i första hand individuell reservplan för varaktigt avbrott som finns i patientens IDA-journal. Pump koppas bort och filter proppas. Låt katetern vara kvar.
- Om det inte går att uppnå en hanterbar situation med hjälp av reservplan kan EDA läggas om det är rimligt att tro att detta kan lindra smärtan. Skall då läggas på nivå med god marginal till IDA-kateter så att denna inte skadas. Använd EDA Standardblandning eller Ropivacain 2 mg/ml och komplettera med systemisk smärtlindring inklusive opioid för att undvika abstinens.



Svart text innebär åtgärder som oftast kan utföras i hemmet av vårdpersonal under guidning av anestesijour telefonledes. Röd text innebär att åtgärd bör ske på sjukhus av anestesijour. Faktorer som bör beaktas är patientens vilja och medicinska tillstånd samt vilken medicinsk kompetens som finns att tillgå i hemmet.

För att ändra dosering i pumpen anges kod 403. För att ge klinikerbolus anges kod 997.

*Moment som innebär att systemet öppnas medför risk för bakteriell kontamination. Den som utför detta moment skall vara väl förtrogen med aseptisk teknik.

** Om kateterspetsen ligger på cervikal eller hög thorakal nivå ovan Th 7, skall i stället försiktig titrering göras med 0,5 ml i taget.

Tekniska problem – lös konnektor

- Med nuvarande material och sutureringsteknik är det mycket ovanligt att konnektorn lossnar från den intratekala katetern. Om detta ändå skulle uppstå skall katetermynningen omedelbart täckas med steril kompress. Katetern backas 2 cm och tvättas med sprit. Låt lufttorka, klipp bort 2 cm av katetern och koppla på ny konnektor. Skyndsam handläggning med strikt steril teknik är viktigt för att minska risken för bakteriell kontamination och CNS-infektion.
- Suturera konnektorn enligt bilaga. Om suturering inte är genomförbart jourtid måste mycket noggrann fixering göras med förband och man får räkna med ökad risk för dislokation. Patienten skall inte återgå till hemmet utan att smärtläkare säkerställt adekvat fixering med sutur.
- Byt pumpslang och koppla till nytt filter som spolats igenom med befintlig läkemedelsblandning. Koppla ihop systemet och återuppta behandlingen. Om befintlig kassett tar slut använd i första hand ny kassett som finns i patientens hem. Kassett med IDA standardblandning finns på Op 1.

Relaterad information

Rutin SU, [Intratekal smärtbehandling \(IDA\) via tunnelerad kateter och extern pump vid cancerrelaterad smärta](#)

Arbetsgrupp

Innehållsgranskare

Olaf Gräbel, Läkare, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Kristina Molén, Smärtsjuksköterska, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Malin Andersson, Vårdenhetsöverläkare IVA, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Randolph Schnorbus, Sektionschef Operation 1 och 2, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Louise Samson, Sektionschef Smärtcentrum, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Bilaga

1. Använd rosa kanyl och gör ett hål med steril teknik. Gör lättast på sterilt underlag innan konnektor kopplas till kateter.



2. Tvätta huden med Descutan och sprit. Sätt hållsutur.



3. Fäst suturen i konnektorns sidohål.



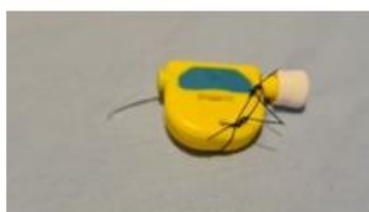
4. Sätt en till hållsutur och fäst denna runt konnektorns fättning.



5. Suturera trådändarna mot varandra.



6. Korta trådändarna och sätt på filter genomspolat med läkemedelsblandning.



Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

Innehållsansvar: Linda Bengtsson, (linbe13), Överläkare

Godkänd av: Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9906-1676734750-7

Version: 4.0

Giltig från: 2025-04-10

Giltig till: 2027-04-10