

Palliativ vård

Gunnar Eckerdal, Hallands sjukhus, Kungsbacka
Hans Thulesius, FoU Kronoberg, Landstinget Kronoberg, Växjö

Inledning

Symtomlindring är en viktig del av all sjukvård och vid obotlig svår sjukdom står symtomlindring och livskvalitet ännu mer i fokus. I ett inledande skede sker vården i form av palliativa punktinsatser och senare i många fall som organiserad palliativ vård.

När är det palliativ vård?

Tidig palliativ fas

Diagnosen av en icke botbar sjukdom är för många patienter en tydlig brytpunkt. Då är det viktigt att i dialog med patienten analysera vilka plågsamma symtom sjukdomen orsakar, och hur dessa kan lindras. Sedan ska symtombilden analyseras fortlöpande, och de lindrande åtgärderna introduceras gradvis. Ofta är det bra att i dialog med patienten planera för lindring av framtida symtom, så att det alltid finns en plan för omedelbara åtgärder. Den kroniskt obotligt sjuka patienten kan ha ett mångårigt sjukdomsförlopp då palliativa konsultinsatser från specialiserade team kan behövas.

Sen palliativ fas

Vid den tidpunkt då vårdens huvudinriktning övergår till att vara främst symtomlindrande inleds palliativ vård. Planeringen för god symtomlindring går då hand i hand med erbjudande om psykosocialt stöd och stöd till närstående. Läkaren värderar vid denna brytpunkt hela sjukdomsbehandlingen. Behandling som syftar till minskad

framtida sjuklighet omvärderas då möjligheten till framtida nytta minskar i takt med att biverkningar tolereras sämre. En dokumenterad läkemedelsgenomgång bör därför genomföras.

Palliativ vård i livets slutskede

Palliativ vård i livets slutskede innebär att vårdteam, patient och närstående uppmärksammar att livets slut kommer inom några dagar eller veckor. Läkemedelsbehandlingen minimeras, och man planerar alternativa administrationsvägar (t ex från oralt till parenteralt). Se Faktaruta 1 om läkemedel som ofta kan sättas ut, s 915.

Läkemedelsbehandling i palliativ vård

I palliativ vård används ofta läkemedel utanför godkänd indikation, exempelvis ges inte sällan läkemedelsberedningar avsedda för intravenöst och/eller intramuskulärt bruk subkutant. I de fall sådan användning rekommenderas i kapitlet är den väl beprövad inom den palliativa vården.

Smärta

Många patienter i palliativ vård har svåra smärtor. Man vill då finna och behandla smärtans orsak. Om det inte är möjligt ska man ändå alltid lindra smärtan oavsett diagnos eller sjukdomsskede. Vid långvarig smärta utan koppling till allvarlig kroppslig sjukdom måste behandlingen ofta vara annorlunda än om man vet smärtorsaken

Sökord

Innehåll

#1;Läkemedel som ofta kan sättas ut

När potentialen för nytta är mindre än risken för biverkningar ska ett läkemedel sättas ut. Även icke verkningsfull behandling utan biverkningar bör avslutas. FAS UT ger god vägledning (1).

Antidepressiva

Utsättning bör ske med försiktighet.

Hypertonimedel

Kontrollera blodtrycket och reducera eller avsluta om patienten är hypoton.

Hjärtsviktsmedel

Behåll ACE-hämmare, men reducera dosen. Behåll furosemid i lägsta nödvändiga dos, men fasa ut spironolakton, lägg till morfin mot eventuell dyspné. Digoxin är ofta riskabelt – minska dosen eller sätt ut.

Kärlkrampsmedel

Ofta leder den tilltagande tröttheten till att patienten inte orkar anstränga sig så mycket att kärlkramp uppkommer. Reducera antalet mediciner, i första hand långverkande nitropreparat.

Statiner

Dessa preparat ges för att minska risken för hjärtinfarkt, kärlkramp och stroke i ett längre framtidsperspektiv än som är aktuellt i palliativ vård och kan därför sättas ut.

Magsyramedel

Ulcus är relativt vanligt i palliativ vård. Men de aktuella läkemedlen har biverkningar, och abrupt utsättande kan ge ökade besvär. Minska därför i tid dosen till lägsta möjliga effektiva dos.

Osteoporosläkemedel

I palliativ vård kan såväl kalcium som bisfosfonater sättas ut om överlevnadsperspektivet är under ett år. Effekten av bisfosfonater kvarstår troligen i många månader.

Paracetamol

Kapitlet Smärta och smärtbehandling, Faktaruta 5, s 897.

Demensläkemedel

Det finns inga data som tyder på livskvalitetsvinster vid behandling i livets slutskede. Läkemedlen kan sättas ut abrupt.

Diabetesläkemedel

Behandlingen kan vanligen reduceras i takt med att patienten förlorar i vikt. SU-preparat ska om möjligt sättas ut eller ersättas med insulin, pga risken för allvarlig hypoglykemi. Dosen av metformin bör ofta reduceras och om det finns risk för kraftigt nedsatt njur- eller leverfunktion ska metformin ersättas med insulin. Vid insulinbehandling ska målvärdena för P-glukos vara högre än hos övriga patienter, t ex 10 mmol/L som fastevärde och 15 mmol/L som eftermiddagsvärde.

(2). Se vidare kapitlet Smärta och smärtbehandling, s 889.

Smärtanalys

Innan man behandlar smärta måste man göra en smärtanalys. En läkare har ansvaret för analysen som görs av personer som känner patienten väl. Det innebär att alla i vårdteamet bidrar med information. Läkaren gör en somatisk undersökning och värderar olika undersökningar. Sjuksköterskan är ofta den som samordnar och dokumenterar informationen. Vårdteamet gör tillsammans en smärtanalys och planerar framtida behandling. Smärtanalysen bör innehålla uppgifter om smärtans karaktär, duration och en detaljerad beskrivning av lokalisering. Det kan vara bra att använda särskilda blanketter där patienten kan rita på en bild var smärtan finns, t ex BPI (brief pain inventory) (3). Smärtans styrka registreras med hjälp av visuell analogskala (VAS), se kapitlet Smärta och smärtbehandling, avsnittet Symtom, diagnostik och differentialdiagnostik, s 891.

Smärtanalysen ger en bedömning av smärtans orsak och karaktär. Ofta är smärtan komplex med inslag av både nociceptiv och neuropatisk smärta. Då dessa smärttyper behandlas olika är det rationellt att försöka värdera de olika delarna var för sig. Ibland kan ett terapiförsök göra bedömningen lättare.

Det är viktigt att fråga om hur patienten tidigare svarat på olika slags smärtbehandling. Patientens psykologiska reaktioner på smärtan är också viktiga att veta.

Behandling

Smärtanalysen visar ofta att det finns flera olika smärttillstånd hos patienten. Behandlingen bör därför vara mångsidig. Den ska inte bara minska smärtupplevelsen utan även försöka förebygga smärta bl a genom optimal omvårdnad. Rätt teknik vid förflyttningar, adekvat säng, rullstol och tekniska hjälpmedel kan ofta betyda mer än läkemedel för att förebygga smärta. Hudstimulering påverkar spinala smärtimpulser genom ökat impulsflöde i beröringsnerv och bör provas i omvårdnaden.

Psykologiska aspekter är viktiga och smärtupplevelsen vid nociceptiv smärta kan minska med psykologiska metoder, trygga

relationer på och utanför sjukhuset och en god vårdorganisation. Patienten ska alltid informeras om smärtanalysens resultat och vara med och bestämma om den planerade behandlingen. Detta förutsätter kunskap om smärtfysiologi och möjliga behandlingsmetoder. Även svårt sjuka människor kan lära sig och ta emot sådan information.

Det första målet för behandlingen bör vara smärtfrihet i vila, ett mål som kan uppnås hos nästan alla. Smärtfrihet vid förflyttning och belastning är inte lika lätt att nå. Hjälp därför patienten genom att sätta upp realistiska mål och delmål!

Behandling av nociceptiv smärta

Läkemedelsbehandlingen inleds med läkemedel med låg biverkningsrisk, oftast paracetamol eller NSAID. Vid muskelspasm kan bensodiazepiner ge god smärtlindring.

Paracetamol

Då paracetamolbehandling medför liten risk för biverkningar bör doseringen redan initialt vara maximal – för de flesta vuxna 1 g 4 gånger under dagtid med ca 4 timmars intervall. Alternativt kan paracetamol 665 mg 2 tabletter var 8:e timma ordinerar, framför allt om jämn effekt under hela dygnet erfordras. Effekten ska utvärderas, helst med VAS! Vid utebliven effekt de första dygnet ska läkemedlet sättas ut.

Behandling med kombinationen paracetamol + NSAID används ofta även om den vetenskapliga grunden för detta är svag. Om varje preparat utvärderas för sig undviks onödig multimedcinering. Patienter som redan använder paracetamol i full dos kan prova att sluta helt, och utvärdera om det inom ett dygn blir skillnad ur smärtsynpunkt. Det finns studier som visar att många patienter i palliativ vård behandlas med paracetamol i onödan (4).

NSAID

Vid skelettrelaterad smärta vid cancer kan effekten av NSAID ibland vara mycket god. En lång rad olika medel finns tillgängliga, t ex diklofenak, ibuprofen, naproxen m fl.

Ett alternativ kan vara ketorolak, som endast kan ges parenteralt, intermittert subkutant eller som kontinuerlig subkutan infusion. Maximal smärtlindrande effekt är star-

kare än för övriga NSAID, men risken för magsår är högre. Ketorolak kan vara ett bra alternativ till morfin (eller annan opioid) som extrados vid smärtgenombrott till dem som har underhållsbehandling med morfin. Fördelen är mindre tendens till dåsigheit och konfusion. Dygnsdosen bör begränsas till maximalt 60–90 mg.

Opioider

Om paracetamol och NSAID har otillräcklig effekt ska behandlingen kompletteras med opioider. Kodein och tramadol har en övre dosgräns för smärtlindring samtidigt som de ger toleransutveckling. Behandling med kodein och tramadol är alltså bara effektiv en begränsad tid, från veckor till månader, sedan minskar den smärtlindrande effekten även om dosen höjs. I palliativ vård ses ofta en lång smärtduration. Tramadol och kodein bör därför undvikas. Morfin och liknande opioider är bättre.

Morfin

Peroralt morfin har en stor variation i biologisk tillgänglighet (15–65%). Detta innebär att lämplig dosering måste prövas ut individuellt. Underhållsbehandling med slow-release-preparat inleds med en låg dos för att minska risken för biverkningar.

Personer < 70 år som inte underhållsbehandlas med någon opioid inleder med slow-release-morfin 10 mg 2 gånger/dygn. Äldre patienter inleder lämpligen med 5 mg 2 gånger/dygn.

Välj en *dubbelt så hög startdos* om patienten:

- redan behandlas med en opioid, t ex tramadol eller kodein. Då finns redan en viss tolerans.
- tidigare fått morfin parenteralt och då inte fått biverkningar. Fråga patienten, leta i journaler och notera doser och uppgiven effekt!
- är storväxt och har ett gott allmäntillstånd.

Välj en *lägre startdos* om patienten:

- rapporterar mycket illamående eller konfusion efter tidigare opioidbehandling
- har gallbesvär i anamnesen

Tabell 1. Tabell för beräkning av lämpliga extradoser opioider vid smärtgenombrott. Tabellen baseras på Fass och på klinisk erfarenhet. De olika medlens biotillgänglighet vid oral administration varierar mycket. Räkna med att tablett dosen för morfin ska vara ungefär dubbel parenteral dos och för oxikodon 50% högre.

Morfin/oxikodon (mg)		Hydromorfon (mg)		Fentanyl ^a
Dygnsdos (subkutant)	Extradoser (subkutant)	Dygnsdos (subkutant)	Extradoser (subkutant)	Dos mikrog/timme (transdermalt)
10	2,5			12
20	5			12
40	7,5			25
60	10	12	2	50
100	15	20	3	75
150	25	30	5	100
		60	10	200
		100	15	300

a. Till patienter med transdermal fentanylbehandling ges i första hand morfin/oxikodon inom dosintervallet som anges för extra doser vid behandling med morfin/oxikodon + se nedan.

- har nedsatt njur- eller leverfunktion
- är svårt medtagen av sin grundsjukdom
- har ett latent illamående
- är dement eller konfusionell.

Förutom ordination av grunddos ska patienten ha möjlighet att få extradoser redan från början. Ett riktvärde är 1/6 av dygnsdosen. Exempelvis om underhållsdosen är 60 mg 2 gånger/dygn ska dosen vid smärtgenombrott vara 20 mg. Patienten och sjuksköterskan ska fritt kunna välja mellan oral och parenteral extradoser. Eftersom morfin har en relativt låg biotillgänglighet ska den parenterala dosen vara ungefär hälften av den oral dos. Extrainjektion ska ges subkutant dels för att patienten inte ska bli beroende av att ha en intravenös infart, dels för att en snabb intravenös injektion ger en hög koncentration vilket många patienter upplever som obehagligt (Tabell 1).

De första dygnen ska dosen justeras till den dos som ger effekt utan besvärande biverkningar. Dosjusteringen görs fortlöpande, helst med ledning av VAS-registrering. Sjuksköterskan gör en omvårdnadsplan med en rubrik "smärta" och samråder fortlöpande med patienten om effekt och biverkningar. Utvärderingen och dosjusteringen blir samtidigt ett led i sjuksköterskans utbildning av patient och närstående. Ett vanligt mål är att patienten ska känna

trygghet att själv modifiera morfindosen. De första dygnen med morfin måste antalet tillförda extradoser noteras för att grunddosen ska kunna finjusteras, helst genom beslut av patienten i samråd med sjuksköterskan.

Oxikodon

Oxikodon har betydligt mindre individuell variabilitet av biotillgängligheten. Det innebär att de flesta kan inleda behandling med 10 mg 2 gånger/dygn utan att det därefter behövs täta dosjusteringar. Effekt och biverkningsrisk liknar morfins. Vid njursvikt är oxikodon dock ett säkrare val.

Fentanyl

Transdermalt fentanyl är ett alternativ för dem som inte kan svälja tabletter (t ex på grund av kräkningar och ileus) eller för dem som kan förväntas få svårigheter att svälja morfin inom en nära framtid (t ex hotande ileus). Medlet har i studier visat mindre benägenhet att ge förstoppning än morfin (5). Opioidnaiva patienter kan inleda direkt med 12 mikrogramsplåster. Vid behov av extradoser ges morfin/oxikodon subkutant, se Tabell 1, eller peroralt.

Hydromorfon

För de patienter som behöver stora volymer morfin subkutant kan hydromorfon vara ett

bra alternativ. Hydromorfon för injektion finns i koncentrationerna 2, 10, 20 och 50 mg/ml vars lösningar är ca 1, 5, 10 respektive 25 gånger mer potenta än morfin 10 mg/ml. Hydromorfon i tablettform är 5–7,5 gånger mer potent än peroralt morfin, men i övrigt likvärdigt med detta.

Metadon

Metadon används idag framför allt i fall med mycket stor toleransutveckling mot morfin eller annan opioid, vilket leder till ohanterligt stora doser. Byte av opioid på denna indikation bör ske i samarbete med specialist. Vid neuropatisk smärta kan metadon ibland ha bättre effekt än andra opioider.

Buprenorfin

Vid långvariga smärttillstånd av måttlig intensitet kan buprenorfin transdermalt som plåster vara ett alternativ. Det ger mindre förstoppning, mindre risk för konfusion och lämpar sig därför för behandling av äldre patienter (6). Vid högre doser än de som rekommenderas i Fass kan medlets partiella opioidantagonistiska effekt medföra att kombinationen med en annan opioid blir olämplig (7).

Biverkningar av opioider

Mot opioidinducerad förstoppning utvecklas inte tolerans. Laxermedel som motverkar motilitetshämningen måste ges hela tiden till opioidbehandlade patienter, se även under rubriken Opioider och förstoppning, s 921.

Illamående finns ibland i början av behandlingen. Illamåendet liknar sjösjuka och är oftast övergående. Information och ordination av antiemetika vid behov är därför viktigt. Exempelvis kan meklozin 25 mg 2 gånger/dygn ordinerar.

Trötthet är vanligt i behandlingens början och klingar vanligen av inom några dagar.

Dåsighet förekommer ibland även vid dosering som i övrigt är adekvat. Byte av opioid eller administrationsform (plåster, läkemedelspump) kan lösa problemet. Metylfenidat som tablett 10–20 mg kan i andra hand användas vid behov inför situationer när patienten inte vill vara dåsig. (Se

www.lakemedelsverket.se om förskrivning av metylfenidat.) Kontinuerlig behandling är inte lika effektiv. Behandlingen är väl vetenskapligt förankrad, men indikationen saknas i produktresumé/Fass (8).

Konfusion och hallucinationer är ofta tecken på överdosering, på att dosen ökats för snabbt eller på att plasmakoncentrationen växlar. Om dosminskning inte hjälper kan neuroleptika (t ex haloperidol) läggas till. I vissa fall kan byte av administrationsväg eller opioid lösa problemet.

Andningsdepression förekommer inte vid underhållsbehandling med opioider om doseringen är anpassad till smärtlindrande effekt. Om flera potentiellt andningshämmande medel ges samtidigt, måste man trots allt vara försiktig.

Yrsel, muntorrhet, svettningar, gallvägsdyskinesi, urinretention, klåda, myoklonier m fl är mindre vanliga biverkningar.

Vid behandlingsstart ska läkaren, om det är lämpligt, gå igenom och lämna ut en informationsbroschyr samt informera om förväntad effekt och tänkbara biverkningar. Betona att behandlingen kan avslutas, även efter lång tid, om smärtorna försvinner och att dosen kan ökas utan begränsning.

Byte av opioid

Praktiska problem, oväntat svag effekt eller oväntat mycket biverkningar kan vara motiv till byte av opioid, eller byte av administrationsväg. Variationen mellan individer är stor när det gäller biotillgänglighet, effekt och biverkningar av opioider. Genetiskt betingad predisposition är den viktigaste orsaken till detta. När opioidrotation planeras rekommenderas samråd med kollega inom smärtbehandling eller palliativ medicin. Val av opioid, administrationsväg och doser vid byte är bristfälligt vetenskapligt belyst, vilket innebär att klinisk erfarenhet får vara vägledande.

Smärtgenombrott

Förebyggande behandling mot smärta måste alltid kompletteras med planerade åtgärder vid smärtgenombrott. Patienten/de närstående och personal nära patienten måste ha kunskap om och omedelbar tillgång till dessa. I första hand t ex tabletter. I andra

hand injektionsberedning. I tredje hand läkemedelspump vid täta svärkontrollerade smärtgenombrott. Det är riskfritt att kombinera olika opioider, t ex morfin för underhållsbehandling och fentanyl vid smärtgenombrott. Se även Tabell 1, s 917. Andra läkemedel, och andra metoder är ofta effektiva, t ex ketorolak respektive TENS.

Övrig terapi

Även med svårt sjuka patienter bör man diskutera möjligheter till kausal terapi. Det kan gälla kirurgiska ingrepp för att reducera tumörmassa, amputation, artrodes, tenotomi m m. Strålterapi är ofta effektiv vid smärta orsakad av cancer. Det gäller inte bara vid metastasering till skelettet. Strålbehandlingens eventuella biverkningar samt olägenheterna av eventuell sjukhusvård måste vägas in. Hormonterapi liksom steroider bör övervägas. Terapeutiska nervblockader kan prövas och kan i utvalda fall vara effektiva. Sjukgymnastik och utprovning av TENS är ofta bra. Akupunktur vid långvariga smärttillstånd kan försökas. Möjligheten att få god effekt av akupunktur vid cancer har dock beskrivits som begränsad.

Se även kapitlet Sjukdomar i bröstkörteln, avsnittet Palliativ behandling, s 577.

Läkemedelsbehandling av neuropatisk smärta

Vid neuropatisk smärta är tricykliska antidepressiva förstahandsval, framför allt om smärtan är kontinuerlig. Amitriptylin är bäst dokumenterat.

Vid utstrålning, plötsliga, explosiva eller blixtrande sensationer bör antiepileptika vara förstahandsval. Gabapentin är oftast att föredra framför karbamazepin. Pregabalin kan vara aktuellt om tricykliska antidepressiva eller gabapentin inte fungerar. Gabapentinbehandling kan ge trötthet och psykiska biverkningar. Inled gärna med 100 mg till natten, utvärdera och öka gradvis. Gabapentin har kort halveringstid och kan ofta behöva doseras 4 gånger per dygn.

Behandling med antiarytmika, ketamin, klonidin m m bör endast ske i samråd med smärtspecialist. Intratekal kontinuerlig tillförsel av bupivakain, ofta i kombination med morfin, är i de flesta fall effektivt då

inget annat hjälper. Behandlingen inleds på sjukhus och alltid i samråd med specialist.

Vid tumör i övre delen av buken kan celiakusblockad ofta hjälpa. Blockaden kan göras peroperativt eller perkutant i röntgengegnomlysning. Effekten är ofta god, durationen dock begränsad (månader). Blockader är i övrigt sällan aktuella vid smärta i palliativ vård.

Psykogen och existentiell smärta

Vid behandling av svår långvarig smärta utan bakomliggande svår organisk sjukdom inriktas behandlingen på att minska skadliga psykiska förhållanden och stärka friska psykiska krafter. Vid svår organisk sjukdom finns också många psykologiska moment inblandade. Smärtan är ett direkt hot mot patientens liv eller en påminnelse om ett sådant hot. Existentiella frågor om livets mening, lidandets mening etc kommer ibland fram. Sociala problem kring familj, arbete, ekonomi m m kan vålla plågor. En helhetssyn på patientens smärta innebär att även dessa aspekter lyfts fram. Läkemedel kommer ofta inte åt den psykogena smärtkomponenten utom vid depression då man bör pröva antidepressiva.

Regelbundna samtal med vårdpersonal, kurator, psykolog eller personal från ett religiöst samfund kan hjälpa patienten mycket. Genom sådana samtal blir patienten medveten om att den totala smärtupplevelsen även kan ha en psykogen komponent. Medvetenheten kan sedan följas av träning i att kontrollera och acceptera tillståndet. Avspänningsövningar och taktill stimulering kan ofta vara värdefulla komplement. Se även vidare under rubriken Ångest och rädsla, s 924.

Lindring av övriga symtom

Illamående

Klinik

Illamående kan orsakas av läkemedel såsom antiarytmika, opioider, parkinsonläkemedel, cytostatika och hormoner. Mag-tarmkanalen kan vara obstruerad av en tumör eller till följd av förstoppning. Patienten kan ha ulcus, infektion i tarmen, påverka på lever och gallvägar, abscess eller infektion i urinvägarna m m. Strålbehandling ger ibland

övergående illamående. Hyperkalcemi och uremi ger ofta illamående liksom förhöjt intrakraniellt tryck eller andra processer som engagerar hjärnhinnorna. Personer som en längre tid är bundna till sängen får en ökad känslighet för snabba lägesändringar, som av balanssystemet upplevs lika obehagligt som sjögång. Psykiska faktorer, minnet av tidigare perioder med illamående m m ökar benägenheten att må illa.

Behandling

Kausal terapi bör eftersträvas och är ofta möjlig. Läkemedelsgenomgång aktualiseras. För snabb dosökning av morfin? För hög dos av parkinsonmedel?

Vid symtom från buken måste förstoppning utslutas. Metoklopramid¹ kan ha en god effekt vid motilitetsstörning i tarmen, och påverkar dessutom illamåendet centralt.

Vid hyperkalcemi bör patienten hydreras. Bisfosfonater, t ex pamidronat 90 mg intravenöst, är effektivt vid hyperkalcemi. Se även kapitlet Rubbningar i kalciumomsättningen, avsnittet Behandling av hyperkalcemi, s 632. Vid uremi kan ofta diuretika, eventuellt i kombination med kostbehandling, vara tillräckligt. Vid hjärnödemed bör kortison användas, t ex betametason 16 mg/dygn. Kortison kan även provas vid andra fall av illamående, t ex betametason 2–8 mg/dygn, där annan terapi sviktar. Hur kortison inverkar på illamåendet är inte känt.

I många fall får man angripa illamåendet symtomatiskt. Antihistaminer och neuroleptika används ofta. Exempel är meklozin 25 mg 2 gånger/dag eller haloperidol 0,5–1 mg 2 gånger/dag. En sådan profylaktisk behandling måste ofta kombineras med extradoser vid behov. **Då är injektionslösning av haloperidol, 2,5 mg subkutant, ett lämpligt alternativ.** Skopolamin, i plåster, kan hjälpa bra i vissa fall men risken är större för muntorrhet och konfusion. Levomepromazin 5–10 mg på kvällen ger ofta god ef-

fekt, men doseringen måste titreras med ledning av hur trött patienten blir.

Vid cytostatikainducerat illamående är ondansetron förstahandspreparat. Det kan ofta ges som tabletter. Ondansetron kan ha god effekt vid illamående även av annan genes.

Andnöd

Fysiologi

Andningscentrum får information från en rad håll och påverkar i sin tur andningsmuskulaturen och högre centra i hjärnan. Flera sjukdomsprocesser i lungorna leder till ökat vävnadstryck, vilket via baroreceptorer i lungornas minsta blodkärl ger snabb information till andningscentrum, som där reflektoriskt ger upphov till en förmimmelse av andnöd. Vanliga orsaker i palliativ vård är tumör, atelektas, vätska i lungsäcken, infektion, hjärtsvikt och lungemboli. Skador i torax med instabilitet och smärta leder till andnöd via smärtsystemet som står i förbindelse med andningscentrum. Hypoxi, koldioxidretention och acidosis kan ge andnöd via specifika receptorer i blodkärl i hjärnan. Sist men inte minst ger ångest ofta upphov till dyspné.

Behandling

Försök i första hand kausal terapi. Infektioner, hjärtsvikt, obstruktivitet och smärta går nästan alltid att behandla. Vid pleuravätska kan tappning, eventuellt pleurodes, utföras.

Syrgas hjälper inte bättre än placebo mot dyspné. Kroniskt respiratoriskt insufficienspatienter kan ibland uppnå en förbättrad ADL-funktion (aktiviteter i dagligt liv) med hemsyrgasbehandling, men den måste vara mycket noga utprovad så att symtomgivande koldioxidretention inte uppkommer. Att inledda syrgasbehandling under livets sista tid är inte meningsfullt (9). Se även avsnittet Oxygenbehandling i kapitlet Astma och KOL, s 719.

Morfin lindrar dyspné och ångest (dokumenterat bättre effekt än placebo) och tillförs på samma sätt som vid smärtterapi. Ofta är en låg underhållsdos tillräcklig. Extradoser subkutant, intravenöst eller som inhalation är nödvändiga för full behandlingseffekt. Dostitrera med ledning av effekten.

1. Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA rekommenderade nyligen ändringar i användningen av metoklopramid. För att minimera risken för neurologiska och andra biverkningar ska metoklopramid bara förskrivas för korttidsanvändning (upp till 5 dagar). Dessutom rekommenderas lägre normaldos än tidigare samt vissa inskränkningar vad gäller indikationerna, se www.lakemedelsverket.se.

Risken för andningsdepression är inte större än vid all annan opioidbehandling.

God omvårdnad är av stor vikt vid dyspné. En liten handhållen fläkt eller en fläkt i sjukrummet lindrar ofta andnöd. Mekanismen är inte känd, men effekten väldokumenterad. Sjukgymnast och arbetsterapeut kan hjälpa patienten att hushålla med krafterna och att hitta en god sitt- och liggställning.

Matleda

Nedsatt aptit är mycket vanligt hos döende människor. Ibland är det förenat med svår plåga. Målet i ett palliativt perspektiv är att minska plågan, men inte alltid att återskapa aptiten eftersom patientens näringstillstånd och kroppsvikt sällan är det primära. Läkaren bär ansvaret att bedöma när det skede i sjukdomen inträtt då trötthet och allmäntillstånd inte längre påverkas av näringsintaget. Dessförinnan måste patienten stödjas med ambitionen att säkerställa näringsbehovet, ibland med artificiellt tillförd näring. Efter denna tidpunkt är fokus helt riktat på patientens upplevelse av hunger och mättnad, på omvårdnad och psykologiskt stöd.

Analys

Undersök om det finns svampinfektion i munhålan, tecken till ulcus eller dyspepsi, förstoppning, smärtor vid sväljning, hyperkalcemi, m m. Se över medicineringen – många läkemedel kan försämra aptiten!

Behandling

Information om ämnesomsättningen i en kropp som alltmer påverkas av t ex cancer är kanske den viktigaste åtgärden. Föreställningen om att svälta ihjäl kan vara otäck. Förklara att det är sjukdomen som leder till döden och att matledan är ett av tecknen på att kroppen inte längre bygger ny vävnad och inte tar upp näring.

I omvårdnaden är ett lyhört fortlöpande samråd med patienten av största betydelse. Ofta handlar det om att erbjuda små portioner med mat och rikligt med tillfällen till mellanmål. Konsistens och temperatur kan vara av största betydelse, liksom måltidens yttre miljö med porslin, servetter etc.

Några patienter upplever bättre aptit av vitaminer och/eller alkohol. Det handlar då om betingning och placeboeffekt. Det saknas vetenskaplig grund för att ordinera vitaminer/alkohol på indikationen matleda.

Kortison kan förbättra aptiten. Det är i vissa fall lämpligt att göra ett behandlingsförsök. Man bör då efter värdering av risken för biverkningar inleda med en relativt hög dos kortison, t ex betametason 4–8 mg 1 gång/dygn, utvärdera effekten inom några dagar och därefter vanligen trappa ner dosen. Kortison bör sättas ut så snart det inte längre har effekt.

Megestrol 160 mg 1 gång/dygn, som är ett läkemedel med progesteronliknande metaboliska effekter, har visat effekt vid matleda vid några olika cancerformer. I allmänhet är det få biverkningar. Behandlingen bör avbrytas om patienten inte upplever effekt inom 10–14 dagar.

Obstipation Behandling

Förklara för patienten hur tarmen fungerar och ange orsaker till förstoppningen. Försök sedan att tillsammans komma fram till kostförändringar som kan vara lämpliga, t ex öka fiberinnehållet. Frukt är ofta bra. Utnyttja tarmreflexer efter måltid och försök få till stånd ett toalettbesök efter frukost varje dag. Promenader, byte av position i säng eller stol etc bör stimuleras. Öka vätsketillförseln om patienten är dehydrerad. Om laxermedel behövs bör de tillföras dagligen. Byt inte laxermedel för ofta. Ökat vätskeintag, om patienten inte är dehydrerad, bidrar inte till bättre tarmfunktion eller bättre effekt av givna laxermedel!

Opioider och förstoppning

Opioider ger upphov till förstoppning. Därför måste laxermedel tillföras. När opioiddosen ökas måste även dosen laxermedel ökas. Laxeringen skadar inte tarmen och beroende uppkommer inte. När opioidbehandling inleds ska således laxermedel sättas in samtidigt. Biverkningar av laxermedel skiljer sig mellan individer, vilket innebär att man får pröva sig fram till det som fungerar bäst. Inget laxermedel är på vetenskaplig grund effektivare än något an-

nat och inget laxermedel är kontraindicerat vid opioidutlöst förstoppning. Bulkmedel bör inte nyinsättas men kan ges till patienter som sedan tidigare har pågående behandling med dessa medel. Om patienten får diarré bör dosen minskas. Undvik uppehåll i medicineringsenheten!

Fast peroral kombination av oxikodon och naloxon (påverkar tarmens opioidreceptorer men påverkar i övrigt inte effekten av oxikodon) motverkar oxikodonorsakad förstoppning. Vid låga doser oxikodon kan oxikodon + naloxon vara ett billigare alternativ än oxikodon med tillägg av laxantia.

Injektion med metylnaltrexon upphäver opioideffekten i tarmen, och följs oftast av tarmtömning inom 30 minuter. Medlet är värdefullt om opioidorsakad förstoppning uppkommer. Målet är dock att laxermedelsbehandling ska förebygga detta.

Törst

I palliativ vård är törst sällan ett problem. Muntorrhet och dehydrering är vanligare, och ska värderas och behandlas om patienten har obehag.

Behandling

Aktiv munvård lindrar törst/muntorrhet och kompletterar i allmänhet väl patientens eget vätskeintag. De flesta döende behöver inte dropp, men ibland finns det vinst med att behandla dehydrering. Det kan gälla hyperkalcemi, intoxication av läkemedel eller läkemedelsmetaboliter, höga ureanivåer vid njursvikt, stora vätskeförluster vid kräkning eller diarré m m. Tidsbegränsad parenteral vätskebehandling är då lämplig. Subkutan infusion bör väljas i första hand utom i de fall då patienten föredrar intravenös behandling (t ex när patienten har en venport), se Faktaruta 2. Sådan administration är vetenskapligt underbyggd (10). Vidare om munvård, se avsnittet om muntorrhet i kapitlet Munhållans sjukdomar, s 792.

Rosslig andning

Vid sjukdomar med nedsatt host- och sväljförmåga t ex vid ALS (amyotrofisk lateralskleros) kan det finnas sekret som rosslar i övre luftvägarna, men som patienten inte har kraft att hosta upp. För patienter med

#2;Subkutan infusion

Parenteralt tillförd vätska kan i palliativ vård vara symtomlindrande, framför allt vid hyperkalcemi, illamående, konfusion m m. Behandlingen innebär dock risk för plågsamma biverkningar, framför allt hjärtsvikt. Genomförandet kan också ge patienten plågor från nålar och stick. Därför måste för- och nackdelar med behandlingen identifieras och värderas i så nära samråd med patienten som situationen medger.

Om patienten inte har venport bör infusionen ges subkutant. Sådan behandling är väl vetenskapligt underbyggd, och ger mindre risk för plågsamma biverkningar. Den är dessutom mycket lätt att genomföra, såväl på vårdinstitution som i hemmiljö. Kalium aktiverar smärtreceptorer i huden, vilket innebär att infusionslösningen inte får innehålla kalium. Välj NaCl 9 mg/ml eller glukos 50 mg/ml.

Applicera lämplig nål på bröstorgans framsida. Det är i princip samma förfarande som vid subkutan läkemedelsadministration med pump. Välj helst plastkanyl (t ex Neoflon) eftersom det kan uppkomma vätskeläckage vid användning av s k butterfly.

Koppla droppaggregat och inled infusionen med en dropptakt som ger ca 500 ml på 6 timmar. I enstaka fall bildas vätskeansamling runt nålen, då flyttas nålen till ett annat ställe.

Om infusionen ska upprepas kan samma nål användas i upp till 3–4 dygn. Byt tidigare vid rodnad i huden. I hemsjukvård kan behandlingen genomföras som egenvård. Patient eller närstående kan besluta om behandling – starta och avsluta infusionen. Ofta är det tryggt att sjuksköterska startar infusionen medan avslutandet är enkelt och kan utan risk göras av lekman.

andra diagnoser kan liknande problem tillstå under livets sista dygn. Ibland är ljudet mer besvärande för personer i omgivningen än för patienten. Det är plågan/obehaget som är avgörande, inte ljudet som sådant.

Vårdpersonal måste alltid bedöma om det rossliga ljudet är ett uttryck för sekretproblem eller hjärtsvikt/lungödem.

Behandling

Oftast är lägesändringar tillräckliga för att sekret ska mobiliseras så att det rosslande ljudet försvinner. Om läkemedel ska användas ska det alltid ske med återhållsamhet,

eftersom medicinering ger mer eller mindre muntorrhet som biverkning.

Glykopyrron (Robinul) är förstahandsval bland antikolinergika. Effekten är dokumenterad, och medlet ger minimal risk för CNS-biverkningar, eftersom substansen inte passerar blod-hjärnbarriären (11). Normaldos är 2 ml (0,2 mg/ml) subkutant, men ibland räcker det med 1 ml. Effekten kvarstår i högst 6 timmar.

Morfin i fast kombination med skopolamin används på många håll, men det saknas vetenskaplig grund för detta. Morfin reducerar inte rosslig andning, och ska i palliativ vård användas på indikationen smärta och/eller dyspné efter individuell dositering. Fasta kombinationer bör undvikas.

Konfusion

När hjärnan utsätts för så stora krav att tankeförmåga och förankring i tid och rum sviktar talar man om konfusion. En annan beteckning skulle kunna vara "hjärnsvikt". När en döende människa tappar greppet om sin orientering kan det vara mycket plågsamt. För omgivningen, de närstående och vårdpersonal kan det väcka ångest och omöjliggöra de planer för god och trygg vård i livets slutskede som man lagt upp. Glöm dock inte att konfusionen ofta är helt utan plågor för patienten!

Fysiologi

Konfusion ska alltid ses som en diskrepans mellan vad man kräver av hjärnan och vad hjärnan i en viss situation klarar av. Hos döende kan nedbrytningsprodukter från kroppen, som sviktande njurar och lever inte kan eliminera, sätta ned nervcellernas funktion. Motsvarande gäller även cancertoxiner och tillförda läkemedel. Sömnbrist, miljöbyte, ångest och depression kan innebära stor belastning. Brist på näringsämnen, vätska och syre till följd av minskat intag eller nedsatt cirkulation kan ha stor betydelse, liksom feber och toxiner från bakterier och virus.

Analys

Är patienten konfusionell? Att säga något som ter sig förvirrat just när man vaknat eller när smärta och illamående blockerar all koncentration är inte tecken på konfusion.

Det krävs ett samtal under lugna förhållanden. Fråga de närstående och inhämta information från hela vårdteamet. Är konfusionen kontinuerlig eller kommer den bara ibland? Vad är då utlösande? Har det funnits demenssymtom före det aktuella insjuknandet?

Gå igenom alla läkemedel. Värdera inte bara tänkbara psykiska biverkningar (psykofarmaka, antiepileptika, antiparkinsonmedel, analgetika, digitalis etc) utan även tendens till försämrad cerebral cirkulation (blodtrycksmediciner, diuretika etc). Överväg reducerad dos om läkemedlet inte kan tas bort helt. Kan doseringen ske på ett jämnare sätt för att minska blodkoncentrationsstoppar?

Vilka psykologiska och sociala faktorer spelar in? Täta byten av miljö och vårdpersonal? Sömnbrist? Dehydrering? Förstoppning? Infektioner? Speciell uppmärksamhet på urinvägsinfektion och urinretention!

Behandling

Det viktigaste för att patienten ska få tillbaka orientering och förankring i verkligheten är att minska belastningen på hjärnan. Förbättrad nutrition, vätskebalans och syresättning kan vara värdefullt.

Vid morfinbehandling förekommer konfusion som en relativt vanlig biverkning. Det kan vara ett tecken på att dosen höjts för snabbt eller på att koncentrationen varierar för mycket under dygnet. Ibland leder kontinuerlig parenteral infusion (läkemedelspump) till att konfusionen försvinner.

Om detta inte hjälper fullt ut kan man med läkemedel minska de plågor konfusionen kan leda till. Medicinerna leder inte alltid till att patienten "klarnar till" – det handlar snarast om att minska ångest och plågsamma tankar. Haloperidol 0,5–1 mg 2 gånger/dygn, ibland i kombination med citalopram 10–20 mg 1 gång/dygn, är motiverat. Haloperidol bör ge effekt inom några dygn, citalopram ger effekt senare, dock ofta inom ett par veckor. I enstaka fall kan sådan behandling trots allt leda till att konfusionstendensen minskar, varför ett väl utvärderat behandlingsförsök ofta är motiverat. Värdera noga om patienten är plågad eller ej. Om närstående plågas ska man stödja dem.

Utvärdering

Följ patienten med regelbundna samtal. Samråd i behandlingsteamet. Utvärdera var-je insatt åtgärd och vänta! Hos äldre kan ti-den för återhämtning vara lång! Ge de när-stående stöd. Det kan vara mycket tungt att följa sin närmaste den sista tiden i livet utan att kunna ha en klar och redig kontakt.

Hicka

Hicka förekommer framför allt som ett uttryck för tumörutbredning i mediastinum, diafragma eller CNS. Även toxiner (t ex alkohol, urea) kan öka risken för hicka. Hickningen styrs från en del av autonoma nervsystemet beläget i mitten av cervikala ryggmärgen. Hicka kan utlösas vid stimulering av n. vagus och n. phrenicus.

Analys

Ett första mål är att fastställa hickans orsak. Tumörutbredning i anslutning till diafragma eller mediastinum? Funktionella problem med tömning av magsäcken? Hiatusbråck – reflux? Infektion eller abscess i anslutning till diafragma eller mediastinum? Uremi? Fråga patienten om hicka förekommit tidigare i livet, och om orsaken då var känd, om relation till mat och dryck, kroppsposition osv.

Behandling

Behandla hickans orsak om det är möjligt: onkologisk behandling för att påverka tumörvolym/tumörtryck, V-sond vid ventrikelretention (se illamående), omeprazol vid reflux och antibiotika/dränage vid infektion.

Symtomatiskt kan hicka behandlas genom att n. vagus eller anslutande nerver stimuleras. En lång rad metoder att åstadkomma denna stimulering har prövats, dock finns tyvärr ingen metod som grundar sig på bra vetenskapliga studier.

Läkemedel som blockerar reflexen centralt kan prövas, haloperidol 1–3 mg 3 gånger/dygn eller baklofen 5–10 mg 2 gånger/dygn. Baklofen anses (på grundval av enstaka vetenskapliga studier) inte ha bra akut effekt, men minskar vid underhållsbehandling risken för recidiv av hickan.

Även metoklopramid, karbamazepin, ketamin m fl har föreslagits i litteraturen (12).

Ångest och rädsla

Ångest är en känsla av rädsla, olust eller skräck utan att man helt säkert kan beskriva någon tydlig orsak. Ångest såväl som mer väldefinierad rädsla finns relativt ofta hos döende människor.

Fysiologi och uppkomstmekanismer

Ångest och rädsla upplevs i hjärnbarken men innehåller även många omedvetna samband där stora delar av hjärnan är engagerade. Plågsamma symtom såsom smärta, illamående och dyspné åtföljs alltid av signaler till limbiska systemet, och ger upphov till varierande grad av ångest. Rädsla och ångest leder å andra sidan till kroppsliga yttringar som t ex snabbare andning, puls- och blodtrycksökning, insomnings-svårigheter eller ökad muskeltonus. Dessa samspel kan leda till onda cirklar med ökade symtom och ökad ångest.

Somatiska orsaker till ångest

Vanligt bland döende är att plågsamma kroppsliga symtom leder till ångest och panik. Sömnbrist, eventuellt orsakad av kroppsligt lidande, kan leda till en rad psykiska symtom, bl a ångest. Abstinens orsakad av avbruten tillförsel av alkohol eller lugnande tabletter kan också leda till ångest. Hyperkalcemi och hypertyreos kan förorsaka ångest. Vissa läkemedel kan i några fall leda till ångest, ofta som uttryck för överdosering (parkinsonsläkemedel, opioider m fl).

Ångest vid psykisk sjukdom

Vid psykiska sjukdomar är ångest ofta ett plågsamt symtom. Det är inte vanligt att allvarlig psykisk sjukdom debuterar i livets slutskede men när så sker bör diagnos och behandling följa gängse riktlinjer.

Psykologiska orsaker till ångest

Den som tidigare upplevt svåra plågor är ibland rädd för att plågorna ska komma tillbaka. En föreställning om att många döende plågas utan lindring är tyvärr ganska vanligt förekommande.

Svår sjukdom innebär ofta förluster. Från aktivitet och meningsfullhet i samspel med andra leder sjukdomen stegvis ned till passivt varande utan synbar mening. Medve-

tenheten om detta, och ibland tanken på de kommande stegen, kan väcka ångest och rädsla.

Runt den döende finns ofta ett "nät" av medicinska åtgärder, utredningar och apparater. Ett tryggt nät för en tid, men mot slutet ibland hotande. "Vad ska dom hitta på nu?" "Tjänar allt detta någonting till?" Känslan att inte alls delta i vårdprocessen leder ibland till rädsla för vad som ska komma.

Rädsla för det okända

Tankar som handlar om livets mening, varifrån vi kommer och vart vi går, varför lidandet finns och varför det drabbar så orättvist, är för de flesta friska sällsynta inslag i vardagen. För den som är sjuk är det annorlunda. Tankarna kommer och låter sig inte alltid skjutas undan. Ibland går tankarna runt, sedan kommer ångesten. Det tycks vara omöjligt att förutse vem som drabbas av ångest i livets slutskede.

Social ångest

Hur ska det gå för mina närmaste när jag är död? Har min fru råd att behålla villan? Vem ska nu ta hand om min demente make? Tvingas jag flytta till sjukhem nu? Vad betyder "utskrivningsklar"? Frågorna kan bli många. De flesta av oss planerar sitt liv och känner trygghet i det. Men döden ingår inte alltid i planerna, tryggheten rasar och ångesten kommer. Relationerna med de närstående kanske var ansträngd och avgöranden sköts upp på obestämd framtid. Nu måste vi tala igenom olika saker. Men orkar jag?

Analys

Samtal är det självklara hjälpmedlet för att förstå. Försök erbjuda tillfällena till samtal när ångesten syns. Den som är nära då har den bästa förutsättningen. Samtal innebär egentligen mest att lyssna. Skjut in frågor, ledtrådar och bekräftelser. Försök inte svara på alla frågor som ställs – vänta med det! Samtala med de närstående. De känner patienten och kan ofta förstå. Glöm inte att ångesten kan ha kroppsliga orsaker. Leta efter smärta, illamående, dyspné och sömnproblem.

Behandling

Om ångest är ett plågsamt symptom är målet att lindra. Men ångest och rädsla är na-

turliga delar av livet. Den palliativa vårdens mål är att lindra lidande, inte alltid genom att till varje pris eliminera all ångest och rädsla. Analys och erbjudande om behandling är alltid rätt. Dialog med patient och närstående likaså. Men viktigast är att inte överge patienten.

Samtal

Det samtal som först har som mål att analysera kan också tjäna som behandling. Att dela sina ängsliga tankar med någon minskar plågan. Det kan vara ett tungt arbete – sätt som mål att inte samtala för länge. Erbjud en fortsättning vid ett senare tillfälle. Vid behov bör patienten erbjudas samtal med t ex kurator, psykolog eller präst.

Psykologiska försvarsmekanismer

Varje människa har en stor förmåga att finna skydd mot ångest. Vår tillvaro hotas varje minut men tack vare psykets försvarsmekanismer fastnar vi inte i paralyser utan går vidare.

Den döende människan förnekar ibland vad som håller på att ske. Ilska kan vara en annan reaktion. Ibland möter man en längtan att förklara och förstå, och resonemang som sådant håller ångesten borta. Hopp är en ovärderlig hjälp. Det finns alltid någonting i framtiden som framstår som möjligt och värt att hoppas på. De flesta växlar mellan de olika försvarsmekanismerna.

Ibland kan det vara lämpligt att försiktigt hjälpa patienten att finna vägar till hopp. Det kan också vara till stöd att tala om att vi som står vid patientens sida har ett hopp. Inte ett hopp om tillfrisknande kanske, men det finns i varje situation något att hoppas på.

Läkemedel

Det finns många läkemedel som lindrar plågan vid ångest. De flesta medför en viss trötthet vilket begränsar användningen. Erbjud medicin vid behov. Men låt inte läkemedlen ersätta den mänskliga kontakten, lyssnandet.

Läkemedel ur gruppen bensodiazepiner är ofta lämpligast men antidepressiva och neuroleptika kan ibland komma i fråga, se kapitlet Ångest och oro, avsnittet Behandling av ångest och oro, s 1027. Vid svår ång-

est där andra åtgärder saknar effekt kan man ge kortverkande bensodiazepin. Midazolam 1,25 mg subkutant kan vara en lämplig inledning. Om effekten är otillräcklig upprepas dosen efter 20 minuter följt av en ny utvärdering och eventuellt ytterligare doser. När eftersträvd effekt uppnåtts noteras den sammanlagda dosen som riktvärde vid förnyad behandling, och 2,5–7,5 mg räcker ofta. Midazolam kan även ges kontinuerligt med läkemedelspump. Behandlingen omprövas dagligen, och den dos som ger god effekt och minsta möjliga vakenhetspåverkan eftersträvas.

Oralt midazolam (Midazolam APL, oral lösning 1 mg/ml) har länge använts på sjukhus och av tandläkare som premedicinering för barn. Det används också som lugnande medel i palliativ vård även om indikation för detta saknas.

Profylax

Kontinuitet i hela vårdkedjan, omsorgsfullt förmedlad information, samarbete med patient och närstående under hela sjukdomsförloppet och lyhördhet för alla plågsamma symtom minskar risken för ångest under livets sista tid.

Palliativ sedering

Med palliativ sedering menas vanligen en behandling som medför vakenhetssänkning för att lindra plågsamma symtom när andra åtgärder är ineffektiva. Det saknas en internationellt vedertagen definition, och palliativ sedering är inte en evidensbaserad behandling.

Det är viktigt att svårt sjuka patienter tidigt får veta att smärta och andra plågsamma symtom kan lindras, men att det kan vara till priset av biverkningar, t ex sänkt vakenhet eller nedsatt kognitiv förmåga. När livets slut närmar sig medför sjukdomen ofta att vakenhet och kognition minskar oavsett vilken behandling som ges. Om det plågsamma symtomet inte går att lindra på annat sätt kan analgetikabehandlingen kompletteras med sedativa/hypnotika. Dessa medel har ingen direkt analgetisk effekt, men i kombination med analgetika ger behandlingen ofta god symtomlindring. Analgetika och sedativa/hypnotika ska do-

seras så att god symtomlindring uppnås med minsta möjliga vakenhetspåverkan. Monitorering av effekt och biverkningar kan vara svår, och måste göras i nära samråd med omvårdnadspersonal och närstående.

Det är aldrig rätt att medvetet överdosera analgetika för att uppnå vakenhetssänkning eftersom det ger en mycket stor risk för obehagliga biverkningar, t ex konfusion, hallucinos och illamående. Avvägningen mellan hur mycket smärta eller andra plågsamma symtom och biverkningar som kan accepteras är svår och patientens synpunkter är viktiga. Men det är läkaren som fattar beslut om behandling. Patienten har rätt att avstå från symtomlindrande behandling, men kan inte kräva att få bli sövd.

De sista dygnet

När det är uppenbart att patienten inte kommer att leva mer än ytterligare enstaka dygn, ska vården planeras så att symtomlindring kan ges utan dröjsmål, de närstående involveras och ges stöd samt att patienten inte behöver byta vårdplats.

Vård på sjukhus

Varje klinik bör utarbeta säkra rutiner för vård i livets slutskede. Läkemedel som ska finnas tillgängliga och ordinerade kan samlas i förberedda PM eller i en färdig modul i datajournalen. Förutom läkemedel ska andra lindrande behandlingsmetoder vara förberedda, t ex KAD, personalförstärkning "extravak", övernattningsmöjligheter för närstående m m. Patientens symtom ska regelbundet värderas och dokumenteras. En fullständig metod för detta är vårdplanen LCP (Liverpool care pathway) som kan implementeras klinikvis enligt specificerade och kvalitetssäkrade rutiner (13).

Vård på kommunal boendeenhet

I kommunen bör säkra rutiner för vård i livets slutskede utarbetas. LCP (se ovan) kan med fördel användas. I samråd med läkare förbereds i det enskilda fallet symtomlindring. Tillgängligheten till de läkemedel som kan bli aktuella måste säkerställas, ibland med samma rutiner som gäller i ordinärt boende – trygghetslåda, Faktaruta 3, s 927.

#3;Trygghetslåda

När den brytpunkt passerats då det är uppenbart att patienten endast har enstaka dagar kvar att leva, ska patienten vid behov kunna få läkemedel snabbt. Det måste finnas säkra rutiner, tydliga ordinationer och läkemedel nära patienten. Injektioner ges helst subkutan. För att minska obehaget av upprepade stick bör en subkutan nål (t ex Neoflon) sättas, helst på bröstorgans framsida eller på överarmen. Intravenös administration kan i enstaka fall vara bra, men intravenösa infarter ska om möjligt undvikas, eftersom de kan förorsaka obehag och infektion. Subkutan administration är säker, väl dokumenterad – även i många fall där fabrikanter inte registrerat läkemedlet för denna administrationsväg. Samråd gärna med palliativ specialitet!

Exempel på trygghetslåda

- Morfin 10 mg/ml 5–10 mg subkutan vb (Individuell dosering!)
- Furosemid 10 mg/ml 20 mg subkutan eller intravenöst vb
- Glykopyrron 0,2 mg/ml (1–2 ml subkutan vb)
- Haloperidol 5 mg/ml 0,2 ml subkutan vb
- Midazolam 5 mg/ml 0,5 ml subkutan vb (Individuell dosering!)

Generella ordinationer som utan individuell prövning tillämpas i en kommun är inte möjliga att utfärda. Dosering och läkemedelsval måste planeras i förväg på individuell bas av ordinarie läkare. Detta kan göras under kontorstid. De närstående måste involveras, och i normalfallet ska ordinarie läkare, kontaktsjuksköterska och närstående träffas hos patienten för att gemensamt planera vården. Efter denna tidpunkt bör patienten inte flyttas till annan vårdenhets utan att först undersökas av läkare. Möjligheten att vid behov förstärka personalstyrkan ("extravak") måste säkerställas.

Vård i vanlig bostad

Det är viktigt att i tid föra en dialog med patient/närstående om var man vill vara vid livets slut. För att situationen ska vara trygg fordras ofta en planering relativt tidigt, så att rätt hjälpmedel och rätt personalstöd är på plats i tid. Även om närstående utför det mesta av omvårdnadssysslorna, bör hemtjänst, trygghetslarm, hemsjukvård m m

vara ordnat. Det måste också finnas en plan för vart patienten ska flyttas om situationen i hemmet blir sådan att det är bättre för patienten att komma till en vårdplats. Transport till akutmottagning ska absolut undvikas. Direktinläggning måste vara förberedd.

Läkemedel som kan behövas måste finnas hemma. Använd gärna förplanerat system med "trygghetslåda", se Faktaruta 3.

Rutiner för läkemedelshantering och ordinationer görs upp mellan primärvårdsläkare och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Även i hemsjukvård kan vårdplanen LCP användas.

Referenser

1. FAS UT. Claes Lundgren, red. 3:e uppl. Tryckeri City Umeå AB; 2010. ISBN 9789163376375.
2. Smärtlindring i livets slutskede – ny rekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2010;(21)6. www.lakemedelsverket.se
3. Brief Pain Inventory. Svensk version finns i vårdprogrammet "Understödande cancervård/supportive care" tillgänglig via www.oc.gu.se under rubriken publikationer.
4. Axelsson B, Stellborn P, Ström G. Analgesic effect of paracetamol on cancer related pain in concurrent strong opioid therapy. *Acta Oncol.* 2008;47:891–5.
5. Tassinari D, Sartori S, Tamburini E, Scarpi E, Tombesi P, Santelmo C, Maltoni M. Transdermal fentanyl as a front-line approach to moderate-severe pain: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Palliat Care.* 2009;25:172–80.
6. Tassinari D, Sartori S, Tamburini E, Scarpi E, Raffaelli W, Tombesi P, Maltoni M. Adverse effects of transdermal opiates treating moderate-severe cancer pain in comparison to long-acting morphine: a meta-analysis and systematic review of the literature. *J Palliat Med.* 2008;11:492–501.
7. Pergolizzi JV Jr, Mercadante S, Echaburu AV, Van den Eynden B, Frago RM, Mordarski S, et al. The role of transdermal buprenorphine in the treatment of cancer pain: an expert panel consensus. *Curr Med Res Opin.* 2009;25:1517–28.
8. Sood A, Barton DL, Loprinzi CL. Use of methylenphenidate in patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care.* 2006;23:35–40.

9. Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, Benditt JO, Carrieri-Kohlman V, Curtis JR, et al. American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest*. 2010;137:674–91.
10. Remington R, Hultman T. Hypodermoclysis to treat dehydration: a review of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:2051–5.
11. Back IN, Jenkins K, Blower A, Beckhelling J. A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle. *Palliat Med*. 2001;15:329–36.
12. Smith HS, Busracamwongs A. Management of hiccups in the palliative care population. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003;20:149–54.
13. Vägledning för vård av döende – Liverpool care pathway. www.lcp.nu/pages/1.asp

För vidare läsning

14. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Portenoy RK, Cherny NI, Hanks G, Kaasa S, Fallon M, Christakis NA, ed. 4th ed. Oxford University Press; 2009. ISBN 0198570295.
 15. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014. www.skl.se
 16. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen. 2013. Artikelnummer: 2013-6-4. ISBN 9789175550725. www.socialstyrelsen.se
-