

En levande palliation

temadag kring palliativ medicin

Varberg 100422

www.oc.gu.se

”Understödjande behandling/supportive care”

08.30 - 09.00	Fika
09.00 - 09.15	Introduktion med patientfall
09.15 - 10.15	Smärta och smärtbehandling
10.15 - 10.30	Paus
10.30 - 11.45	Praktiska aspekter, trygghetslåda mm
11.45 - 13.00	Lunch
13.00 - 14.15	Illamående, andnöd, förstoppning mm
14.15 - 14.30	Paus
14.30 - 15.30	Vårdkedjefrågor, patientfall
15.30 - 16.00	Summering, fika

"Jag är inte rädd för
döden - jag vill bara
inte vara med
när det händer."

Woody Allen

WHO: s definition av palliativ vård 2003

Palliativ vård:

- * lindrar smärta och andra plågsamma symtom*
 - * bekräftar livet och betraktar döendet som en normal process*
 - * syftar inte till att påskynda eller fördröja döden*
 - * integrerar psykologiska och andliga aspekter i patientens vård*
 - * erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienter att leva så aktivt som möjligt fram till döden*
 - * erbjuder organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet*
 - * tillämpar ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov samt tillhandahåller, om det behövs, även stödjande och rådgivande samtal*
 - * befrämjar livskvalitet och kan även påverka sjukdomens förlopp i positiv bemärkelse*
 - * är tillämpbar tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med terapier, som syftar till att förlänga livet, såsom cytostatika och strålbehandling.*
- Palliativ vård omfattar även sådana undersökningar som är nödvändiga för att bättre förstå och ta hand om plågsamma symtom och komplikationer.*

Varför så tydlig tyngdpunkt på cancer?

- Liknande problematik internationellt
- Cancer tvingar fram medvetenhet om brytpunkt: ”Jag kommer att dö av min sjukdom”
- Cancer medför ofta smärtor och andra plågsamma symtom

Nyckelfrågor att belysa

- Palliativ vård handlar om död - och om livet den sista tiden
- Behandling vars syfte är att förlänga livet är inte tillgänglig
- Patienten/närstående/vårdare skall förhålla sig till dessa bägge punkter

Nyckelfrågor att belysa

Om sjukdomen är dödligt förloppande,
livsförlängande insatser ej möjliga och
patienten/de närstående förhåller sig till
detta

- Då bör palliativ vård presenteras, erbjudas och utföras
- Oavsett diagnos

Nyckelfrågor att belysa

Det palliativa perspektivet kan inte pressas på patienten.

Ibland fungerar bortträngning som ett gott skydd mot ångest. Det försvaret får inte raderas med mindre än att det totala lidandet kan reduceras.

Eller i situationer då patienten måste delta i viktiga medicinska beslut.

Ganska enkelt inom cancer - ganska svårt vid många andra sjukdomar

Palliativ vård

Bedrivs av multiprofessionellt team med hög kompetens i palliativ medicin/omvårdnad

(minst sjuksköterska, läkare och en profession ytterligare)

Bedrivs under en tidsperiod, har en början och ett slut

Vården har hög tillgänglighet i rum och tid

Närstående står i centrum - tillsammans med patienten

Palliativ konsultinsats

Kan behövas tidigt i sjukdomsförloppet

Utförs av högkompetent palliativt team

Behöver inte förutsätta att patienten/de närstående förhåller sig till att patienten har kort tid kvar att leva och/ eller att livsförlängande insatser saknas

Finns tillgängligt kontorstid

Rättvist?

Palliativ medicin måste in i rutinsjukvård. (Jfr introduktionen av intensivvård)

Palliativ medicin måste bli tilläggsspecialitet

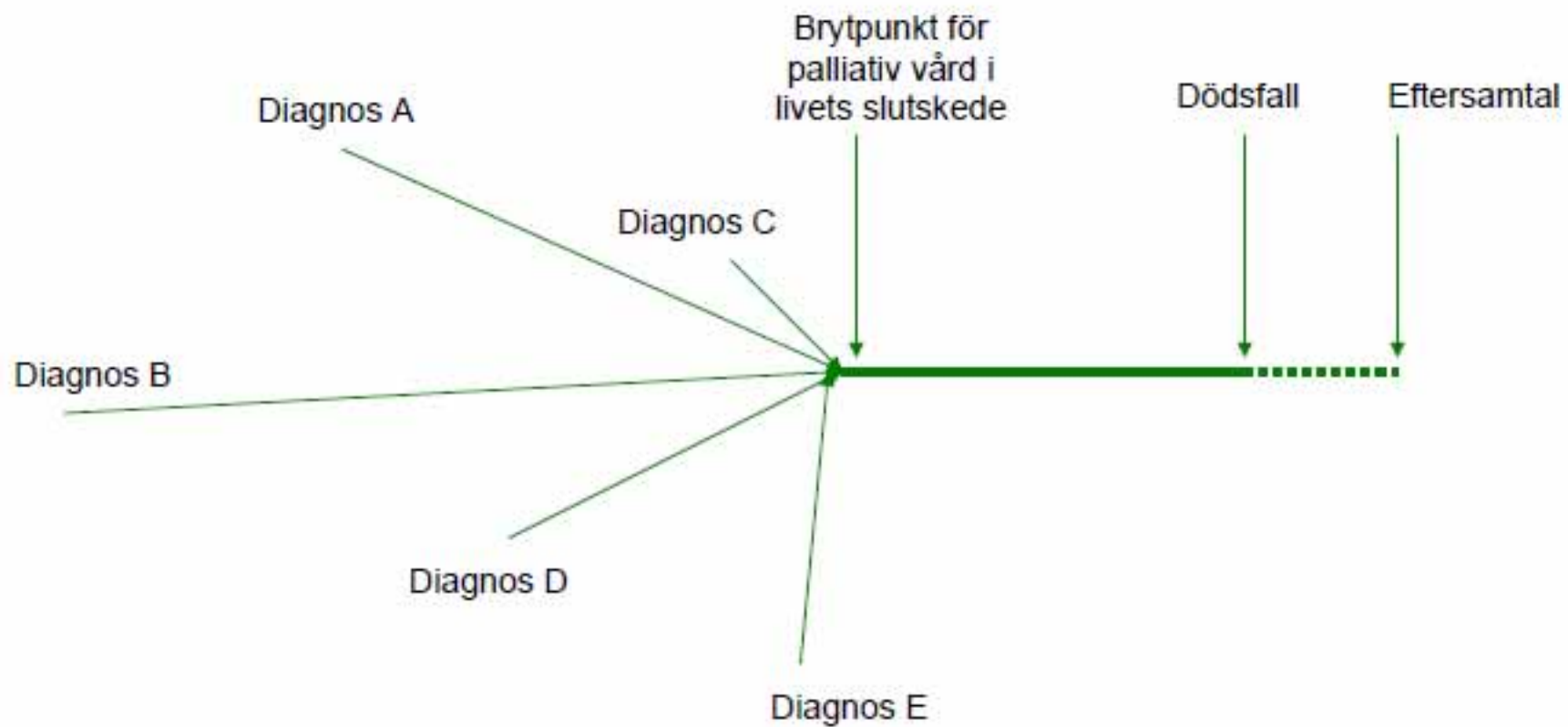
Grundutbildning, vidareutbildning, vårdprogram

Palliativ medicin måste bygga broar mellan landsting och kommun

Vad handlar det om?

- 1 % dör årligen
- 80 % är väntade dödsfall= målgruppen för den palliativa vården i livets slutskede
- 40 % avlider i kommunala boendeformer
- 1/3 på sjukhus. Många äldre blir föremål för förflyttningar i livets slutskede
- Kvaliteten på given vård har varit höljd i dunkel
- Hur stor andel får tillgång till palliativ vård i livets slutskede?
- Fungerar symtomlindringen?
- Fungerar omvårdnaden?

Vår bild av olika vårdförlopp



palliativ vård
i livets slutskede

palliativa insatser



brytpunktsprocess

rädda liv

förlänga liv

livskvalitet

livskvalitet

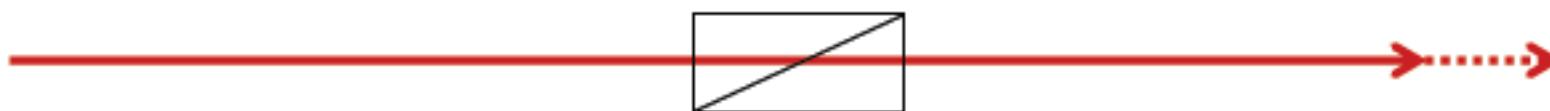


Samtalet om att palliativ vård är aktuell

1. Förbered samtalet noga, kontrollera medicinska fakta, besluta om deltagare, avsätt tid, boka lokal, stäng av sökare och telefon.
2. Vad vet/uppfattar/tror/befarar patienten?
3. Hur mycket vill patienten veta?
4. Informera på ett inkännande och tydligt sätt. Pausera ofta och kontrollera att patienten förstått.
5. Var beredd på - och stöd olika känslouttryck.
6. Planera gemensamt för fortsatt utredning, behandling och information. Använd rådgivare, men var noga med kontinuiteten med patienten.

Communicating Bad News, EPEC 1999

Förenklad etisk plattform



Att göra gott

Att inte skada

Brytpunkter i palliativ vård

Flera brytpunkter kan definieras
under ett liv

Förslag till definition:

- *Den tidpunkt då förändringar i hälsotillståndet medför förändrade förutsättningar för återstående livslängd.*

Den näst sista brytpunkten (?):

- Den tidpunkt då patienten/de närstående förhåller sig till att sjukdomen inte går att bota, och att den leder till döden.
- Den tidpunkt där behandlingens fokus ändras
- Den tidpunkt där vårdteam i palliativ vård definieras
- Den tidpunkt där närstående ställs nära patienten i fokus för teamets omsorg

Den näst sista brytpunkten 2:

- Exempel: Undersökningar visar att det är
 - pancreascancer
 - KOL med respiratorisk insufficiens
 - ALS
 - Svår hjärtsvikt, ej tillgänglig för förbättrande behandling (ex pacemaker mm)
 - Svår dialyskrävande njursvikt, ej tillgänglig för transplantation

Den näst sista brytpunkten 3:

- Läkaren har stort ansvar för att inbjuda till dialog om det ”palliativa perspektivet”
- ”Hur tänker du om framtiden när det gäller sjukdomen?” ”Är det något Du vill fråga?”
- Alla i vårdteamet har ansvar att väcka frågan om ”brytpunktssamtal 1”
- Var beredd att backa lite om patienten blir skrämmd!
- Överväg anslutning till/kontakt med palliativt team

Den sista brytpunkten:

- Den tidpunkt då det är uppenbart att livets slut är nära
- Den tidpunkt där behandlingens fokus är livskvalitet och inte livslängd
- Den tidpunkt där vårdteam i palliativ vård definieras – om det inte gjorts tidigare
- Den tidpunkt där närstående ställs mycket nära patienten i fokus för teamets omsorg

Vem avgör när en människa kommit till en palliativ brytpunkt?

- I de flesta fall en självklar insikt hos alla inblandade
- Läkaren har alltid ansvar att bedöma om medicinska faktorer som talar för brytpunkt föreligger
- Alla som vårdar har ansvar - närståendevårdare, kontaktperson, sjuksköterska, läkare m fl
- Vid tveksamhet är det oftast bäst att fortsätta tidigare vårdambitioner och göra en ny bedömning senare.

Brytpunktssamtal

- Vad kan förväntas hända?
- Vilka utgör teamet runt patienten/de närstående?
- Vilka mediciner måste finnas till hands?
- Behövs vårdplanering för förändrat bistånd?
- Skall något mätas - vad i så fall?
- Information till de närstående planeras
- Aspekter på dödsögonblicket
- Dödsbevis
- Nästa avstämning i teamet– när?
- Kopia på dokumentation skickas till:.....

Algot 88 år

- Glad Fjäråsbo, villa, trappor, hustrun begynnande dement.
- Artros sedan länge. KOL. Hjärtsvikt. Diabetes. Prostatacancer. Senaste halvåret PSA upp från 17 till 120.
- Nu inlagd efter falltillbud. Kotkompression, troligen inte patologisk. Urologen, onkologen och ortopederna eniga om att de inte har så mycket att tillföra.

Algot 88 år

- Under vårdtiden har pat varit svårmobiliserad. Smärtfri i vila. Dyspné vid lätt ansträngning, klarar i stort sett ingen ADL. CRP ua. Ca ua. Hb ua. Algot klar men ofta orolig. Barnen vet inte riktigt varför. Vårdplanering förbereds.
- Hur skall vi avgöra om detta är inledningen på en döendeprocess?

Algot 88 år

- Vårdplaneringen skjuts upp eftersom Algot försämrats. Äter och dricker mycket lite. Ibland oklar, oftast klar. Säger att han räknar med att snart få dö.
- Vad skall brytpunktssamtalet beröra?
- Vad skall vårdplaneringen handla om?

Algot 88 år

- Algot vill komma närmare hemmet, och det enklaste blir att han kommer hem, dottern tar ledigt (närståendepenning) och hemsjukvården kopplas in.
- Hemma är Algot klar i tanken. Ligger till sängs, äter och dricker mycket lite. Då och då andnöd.

Analys? Behandling?

Algot 88 år

- Efter 5 dagar hemma dör Algot. Det sista dygnet var han sällan kontaktbar. Behövde bara enstaka doser morfin (dyspné, smärta)
- Dottern tacksam, nu har hon mamma att ta hand om. Hemtjänsten har lärt känna henne, tills vidare kan hon bo kvar hemma.

INSKRIVNING - ÖPPEN RETUR

- Beslut om inläggning tas av sjuksköterskan efter kontakt från kommunens sjuksköterska eller från patienten/närstående. Notera alltid uppgifter från kommunens sjuksköterska om förhållandena i bostaden före intagningen.
- Öppen Retur reglerar inläggning från bostaden. Om patienten är inlagd på annan vårdenhets bör överflyttning företrädesvis ske vardagar. Undantag görs om det uppenbarligen är patientens önskan. Kontorstid skrivs patienten in av läkaren på vanligt sätt. Utanför kontorstid tas patienten emot av sjuksköterskan, läkaren skriver in patienten nästkommande vardag. Fram till dess gäller de ordinationer som finns i patientens journal.

Läkemedel:

- Sjuksköterskan skriver ny läkemedelslista och för in de läkemedel som finns på aktuellt behandlingsschema. Fråga patient och närstående om aktuell medicinering! Om förändringar föreligger skall den läkemedelsbehandling patienten/närstående uppger gälla. Vid osäkerhet kontaktas läkare.
- Beträffande läkemedel vid behov gäller patientens behandlingsschema samt ordination "Läkemedel vid behov" som förvaras i journalen. Kontrollera med patienten om läkemedelsöverkänslighet föreligger. När läkemedel "vid behov" ges förs detta läkemedel in på läkemedelslista och signeras på sedvanligt sätt.

Opioiddosering:

- Om dosen opioid förefaller för låg - dålig analgesi, ingen dåsighet - kan sjuksköterskan ändra dosen och i förekommande fall ändra underhållsdosen. Om dosen opioid förefaller för hög - dåsighet, konfusion - skall sjuksköterskan minska dosen och i förekommande fall reducera underhållsdosen.

Urinkateter:

- Om residualurin föreligger skall tappning genomföras. Efter samråd med patienten beslutas om eventuell KAD, oavsett om residualurin föreligger eller ej.

Utskrivning:

- Patienten kan efter samråd med närstående skrivas ut när som helst. Tidigare ordinationer gäller i så fall fram till nästa vardag då läkare kontaktar patienten. Kommunens sjuksköterska, och i förekommande fall hemstjänsten, skall informeras om utskrivningen
-
- datum
-
- läkare

HLR:

- Beträffande HLR gäller på vårdavdelningen det beslut som dokumenterats av läkare inom ASiH Kungsbacka. Sjuksköterskan skall föra in uppgifter om beslutet på templistans, sjuksköterskans signatur vidimerar att uppgiften stämmer med uppgiften på detta dokument.
- HLR Nej ☐ Signatur.....Datum.....

- **ORDINATION LÄKEMEDEL VID BEHOV**

- När patienten vårdas på vårdavdelningen, Kungsbacka sjukhus gäller de ordinationer som patienten fått vid senaste läkarkontakt. Nedanstående läkemedel kan utöver detta ges vid behov. Kontrollera i journalen och med patienten om läkemedelsöverkänslighet föreligger. För in läkemedlet på läkemedelslistan och notera dos och tid. Läkaren signerar i efterhand, vanligen nästa vardag.

- Nitromex 0,25 mg 1 vb
- Nitrolingual 0,4 mg 1 dos vb
- T eller supp Panodil vb max dygnsdos 4g
- Cocillana-Etyfin 10ml vb
- Tavegyl 1 mg 1 vb
- Stesolid/Diazepam 5 mg iv, im, sc eller rectiol
- Oxascand 5mg 1 vb
- Hemineurin 300mg 1 vb
- Acetylcystein 200mg 1 vb
- S Stemetil 25mg 1 vb
- T Postafen 25mg 1 vb
- T Zofran 4mg 1 vb
- T Primperan 10mg 1 vb
- Zopiklon 5mg 1 vb
- Loperamid 2mg 2 t vb
- Alla laxermedel i FASS vb
- Narcanti 0,4 mg/ml 1ml sc eller iv vb antidot vid opioidöverdosering
- Lanexat 0,1 mg/ml 2 ml iv vb antidot vid överdosering bensodiazepiner
- Andolex 1,5 mg/ml 1-4 ml i munnen vb smärtlindrade i munhålan. Ofarligt
- Novaluzid 10 ml vb
- Omeprazol 20mg 1 vb
- Creon forte 1 vb
- Glucagon 1 mg/ml 1 ml sc eller iv vb
- Nacl 500 ml sc infusion 4-10 tim vb
- Flukonazol 50 mg 1x1 i 5 dagar vb
- Pevaryl utvärtes vb
- Emla utvärtes vb
- Hydrokortison utvärtes vb
- Xylocain gel vid kateterisering
- Metronidazol/Flagyl 500mg Krossas och appliceras i illaluktande sår
- Descutan utvärtes vb
- Heparin 100E/ml I CVK eller port enligt PM
- Combivent 2ml inhalation vb
- Viscotears i ögat vb
-
- datum
-
- läkare

”trygghetslåda”

- Morfin eller annan opioid
- Furosemid
- Midazolam/Dormicum
- Robinul
- Haldol
- + ev individuellt motiverad medicin

Ordination Algot Algotsson 220412-9876

- Morfin 10 mg/ml 1 ml sc vb (5 ampuller)
- Furosemid 10 mg/ml 2 ml sc eller iv vb (3 ampuller)
- Dormicum 5 mg/ml ½ ml sc vb (5 ampuller)
- Robinul 2 ml sc vb (5 ampuller)
- Haldol 5 mg/ml ½ ml sc vb (3 ampuller)

100422 Gunnar Eckerdal, överläkare,
Palliativa teamet i Kungsbacka

Strategi för symtomlindring

- Kunskap om fysiologi och patofysiologi
 - Diagnostik
 - Behandling
 - Utvärdering
-
- Det finns inget symptom som inte kan lindras!
 - All lindring har ett pris i termer av bieffekter

Axel

- Axel 84 år. Hjärtsvikt, diabetes. Krea 86.
- Prostatacancer sedan 4 år. Hormonell behandling (Procuren) Under senaste halvåret PSA upp från 5 till 34.
- Kommer idag på kontroll. Berättar att han har ont i ryggen. Har tagit Panodil, men det hjälper inte alls.
- Du gör undersökning, och värderar framtida utredning, remiss strålbehandling mm.
- Ordinationer och recept nu när Axel går hem?

Axel

- Alvedon 665 mg 2x3
- Diklofenac 50mg 1x3
- Tiparol 50 mg 1 vb, högst 4 per dygn
- Dolcontin 10 mg 1x2 + morfin 10 mg $\frac{1}{2}$ -1 vb
- Oxycontin 10 mg 1x2 + oxynorm 5 mg 1 vb
- Fentanylplåster 12 mikrogram + oxynorm 5 mg 1 vb

Axel

- Alvedon 665 mg 2x3
 - 249:- (300 st)
- Diklofenac 50mg 1x3
 - 246:- (200 st)
- Tiparol 50 mg 1 vb, högst 4 per dygn
 - 334:- (200 st)
- Depolan 10 mg 1x2 + morfin 10 mg ½-1 vb
 - 252:- (100 st + 100 st)
- Oxycontin 10 mg 1x2 + oxynorm 5 mg 1 vb
 - 673:- (98 st + 98 st)
- Fentanylplåster 12 mikrogram + oxynorm 5 mg 1 vb
 - 850:- (16 st + 98 st)

100419

Cancerrelaterad smärta

orsak, analys och behandling

Patientfall Kent

Smärtdiagnostik

En 61-årig man med lungcancer, som upptäcktes för 4 veckor sedan. Har diskuterats på tumörrend, idag kommer han för andra behandlingsomgången med cytostatika. Han berättar att han kräktes en del efter första kuren trots förebyggande medicinering.

Anger smärta i vila VAS=0. Ibland kommer det attacker med huggsmärtor i höger sida. VAS då =7. Har inte tagit några läkemedel.

Vad utlöser smärtan?

Hur skall vi bättre förstå mannens smärtsituation?

Fortsättning patientfall Kent

Smärtdiagnostik

Röntgenbilderna granskas igen, det finns en metastas i lungvävnaden nära thoraxväggen. När man undersöker patienten anger han ömhet vid palpation här.

Läkaren lovar återkomma när cytostatikabehandlingen är klar. Sjuksköterskan talar mera med Kent om smärtorna.

Vilka aspekter på smärtdiagnostiken kommer bättre fram i dialog med sjuksköterskan än med läkaren?

Fortsättning patientfall Kent

Smärtdiagnostik

Kent berättar om hur han känner att hela hans liv kollapsat sedan han fått reda på att han har cancer.

Egentligen har han haft ont i sidan ganska länge. Men lite ont tycker han att man kan stå ut med. Han är arg på sig själv att han inte tagit signalerna på allvar. Huggsmärtorna som kommer ganska sällan och helt nyckfullt, gör honom rädd.

Sjuksköterskan frågar igen om vilovärk. Kent medger nu att det egentligen aldrig är bra där i sidan. Ny VAS i vila blir 3.

Nociceptiv smärta

Somatisk

- Hud, muskler, skelett, slemhinnor

Visceral

- Thorax, buk, bäcken
- Referred pain
- Ofta diffus upplevelse
- Ofta reflexer som ger dysfori, passivitet
- Ofta samtidigt illamående

Blandsmärta

Smärta hos en patient där flera smärtemekanismer förekommer samtidigt

Vid dålig analgetisk effekt trots ökad dos bör alltid en ny smärtanalys göras

Smärta från tumör i skelettet kan ha både nociceptiv och neurogen orsak

Ur vårdprogrammet "Understödjande
cancervård/supportive care" 2008
www.oc.gu.se (publikationer)

- *Cancerpatienter skall i varje kontakt med sjukvården bedömas med avseende på smärta. Efter analys skall patienten erbjudas behandling vars syfte är att förebygga smärta. Val av behandling – ickefarmakologisk och farmakologisk – sker i samråd med hela vårdteamet med fortlöpande värdering av effekt och bieffekter. Vid förekomst av smärta skall VAS-värde i vila och vid aktivitet dokumenteras i patientjournalen.*

Ett resonemang om fysiologiska mekanismer ingår alltid i smärtdiagnostiken.

Samtalet med patienten om mekanismer bakom smärtupplevelsen:

förbättrar diagnostiken,

ökar följsamhet till behandling,

reducerar smärtupplevelsen.

Symtomskattningsformulär

- Ibland är det just genom information via skattningsinstrument som vi kommer rätt i förståelse!
- Patienten får ofta ökad tillit till vårdteamet.
- Skattningen kan minska lidandet.
- Patienten blir mer delaktig.
- Minskad risk för överbehandling.

BPI

- Brief pain inventory
- Finns i svensk översättning, se nedan!
- Väl validerat instrument.
- Användbart som ”läxa” till polikliniska patienter.
- Finns bland annat som bilaga i vårdprogrammet ”Understödjande cancervård/Supportive care)
- Se www.oc.gu.se under ”publikationer”!

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan										Mycket stor inverkan

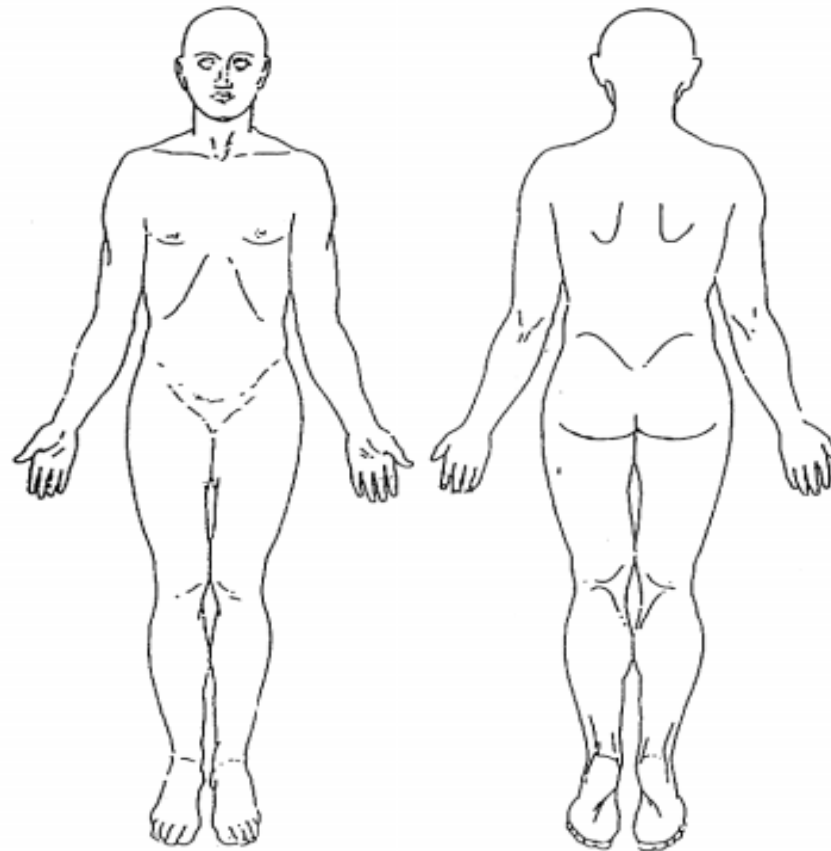
Skugga på figuren de områden av kroppen där Du upplever smärta.
Markera med X det område som gör mest ont.
Markera även vilken typ av smärta Du besväras av på de olika ställena på kroppen.

Smärtans karaktär är:

M=Molande
T=Tryckande
I=Ilande

P=Pulserande
S=Stickande
H=Huggande

B=Brännande, svidande
D=Domningar
Ö=Övrigt



Ingen
smärta



Värsta
tänkbara
smärta

VAS återspeglar intensitet - inget annat

VAS-registrering

ingår alltid i en process

som patienten förstår

Vid kognitiv svikt är lodrät VAS troligen
säkrare

VAS är ett dåligt hjälpmedel i många fall -
men det är det minst dåliga.

VAS måste alltid gå hand i hand med
patientundervisning!

Nödvändigt att relatera VAS-värdet till
aktivitet. T ex före och efter förflyttning
säng/stol.

Teambaserad diagnostik

Läkaren har huvudansvaret för diagnostiken

Sjuksköterskan har huvudansvaret för
samordning och genomförande av
diagnostiken

Teambaserad diagnostik 2

Sjukgymnasten relaterar smärtan till rörelse och funktion.

Arbetsterapeuten fokuserar smärta/funktion/aktivitet

Kuratorn finner förklaring i sociala och psykologiska samband

Teambaserad diagnostik 3

Undersköterskan har mest tid nära patienten, ofarligast, noterar smärta med händer mot ömtålig kropp.

- Alla i vårdteamet har ansvar för smärtdiagnostik och behandling!

Patientfall Ulla

72-årig vital och ungdomlig kvinna. Pancreascancer som debuterade med ikterus. Pat nu stentad och därefter känt sig nästan frisk. Inga läkemedel. Avböjt föreslagen cytostatikabehandling.

Kontaktsjuksköterskan har i samband med provtagning noterat att Ulla ser tröttare ut, hon ser böjd och åldrad ut. Tillfrågas om smärta och kan nog hålla med om att det ibland gör lite ont – liksom i hela magen.

Innan hon går hem vill sjuksköterskan att hon får träffa läkaren.

Tänkbara smärtmekanismer? Vad innehåller samtalet med läkaren?

Fortsättning patientfall Ulla

Vid undersökningen ej ikterisk, inga resistenser palpabla. Ej påtagligt öm vid bukpalpation. Anger smärta mitt i buken just när hon sätter sig upp från liggande till sittande

Läkaren berättar om att smärta från inre delar av buken ofta är diffusa. De ger ofta upphov till obehagskänsla, lite illamående och känsla av uppkördhet. Man blir också lättare nedstämd och lite orolig av denna smärta än av smärtor från t.ex. armar och ben. Men det är ändå smärta, och målet är att prova ut en lämplig smärtbehandling.

Fortsättning patientfall Ulla

Vid undersökningen ej ikterisk, inga resistenser palpabla. Ej påtagligt öm vid bukpalpation. Anger smärta mitt i buken just när hon sätter sig upp från liggande till sittande

Läkaren berättar om att smärta från inre delar av buken ofta är diffusa. De ger ofta upphov till obehagskänsla, lite illamående och känsla av uppkördhet. Man blir också lättare nedstämd och lite orolig av denna smärta än av smärtor från t.ex. armar och ben. Men det är ändå smärta, och målet är att prova ut en lämplig smärtbehandling.

Exempel, smärtbehandling/cancer

Behandling av smärtans orsak

strålbehandling, kirurgi, kortison

Stimuleringstekniker

TENS, akupunktur

Farmakologiska metoder

paracetamol, opioider, antiepileptika

Komplementära metoder

förflyttningstekniker, avspänning,
beröring, distraktion, patientundervisning

Gunnars lilla smärtis

Läkemedelsbehandling nociceptiv smärta:

Sätt aldrig in mer än ett läkemedel i underhållsdos i taget! Utvärdera varje nytt behandlingsförsök! Alltid planerad åtgärd vid smärtgenombrott! Gärna flera alternativ!

- Ickeopioider:
- Inled med Panodil 500mg 2 tabletter var fjärde timma dagtid. Undvik suppar – dålig biotillgänglighet. Utvärdera! Sätt ut om det inte har effekt!
- Om otillräcklig effekt: Lägg till NSAID om det rör sig om skelettrelaterad smärta. Diklofenac 50mgx3. Vid ökad ulcusrisk, välj Celebra 200 mgx1. Yngre patienter kan öka till 200 mgx2.

Paracetamol

- Central verkan (mekanismen dock inte helt klarlagd)
- Vid normaldosering låg toxicitet
- Vid rektal adm. otillförlitlig biotillgänglighet
- Dosering:
 - Panodil 500 mg, 2 tabl var 4:e tim dagtid
eller
 - Alvedon 665 mg 2 tabl x 3

Paracetamol 2

- Inled inte samtidigt med start av annan behandling! (Svårt att utvärdera effekten då)
- Om ingen effekt inom ett par dygn
 - Sätt ut!
- Vid opioidbehandling
 - Utsättning av paracetamol?
 - Samtidig behandling med paracetamol och NSAID?

Paracetamol – myter 1

- Paracetamol saknar biverkningar
 - Nej, men det är få biverkningar. Att behöva ta 8 stora tabletter dagligen kan för vissa patienter vara besvärligt.
- Paracetamol är farligt om patienten har levermetastaser
 - Nej, det är vid tecken till leversvikt som paracetamol skall undvikas. De flesta patienter med levermetastaser har inte leversvikt.

Paracetamol - myter 2

- Paracetamol har dålig effekt
 - Fel! Vid vissa smärtor hos vissa individer kan paracetamol vara effektivt. Det är viktigt att prova paracetamol!
- Paracetamol skall ges kontinuerligt som tabletter
 - Ja, men behöver utvärderas. De som inte har effekt av underhållsbehandling kan ha effekt vid genombrottssmärta, eller sådan smärta som inte relaterar till cancer.

Dämpa inflammation

- Inflammationen medieras av
 - Cancerceller – interleukiner, TNF α
 - Vävnaden - prostaglandiner
- Inflammation vanligt vid
 - Rörelseutlöst smärta
 - Palpationsömhet

NSAIDs . . .

- Inhiberar cyclo-oxygenas (COX)
 - COX 1 och COX 2
- Analgetisk takeffekt
- Njurinsufficiens
 - Koll på krea, vätska, urinproduktion,
- Risk för hjärtsvikt?
- Blödningsbenägen patient?
 - COX 2 hämmare

Val av NSAID

- Effekten är likvärdig
- Biverkningsrisken växlar (preparat och individer)
- Äldre patienter har högre benägenhet att få biverkningar
- Kombinationen kortison-NSAID motiverar alltid ulcusprofylax med protonpumpshämmare
- Toradol starkare analgetisk effekt men större blödningsrisk. Finns endast som injektion
- 30 mg sc vb, max 90 mg/dygn

Kortikosteroider

- Antiinflammatoriskt
- Använd vid
 - Skelettmetastaser
 - Levermetastaser (kapselsmärta)
 - Hjärnmetastaser
 - Annan inflammation, ödem
- I Sverige oftast T Betapred 0,5 mg
 - Startdos 4 mgx1
 - Nedtrappning med ledning av effekt

OPIOIDER I FASS (januari -08)

OPIOID	Urval. Kombinationspreparat kursiverade
Kodein (Dextropropoxifen Tramadol	Kodein, <i>Citodon</i> , <i>Panocod</i> , <i>Treo comp</i> Dexofen, Doloxene) Nobligan, Tiparol, Tradolan, Tramadol m fl
Morfin Ketobemidon Fentanyl	Depolan, Dolcontin, Morfin, <i>Spasmofen</i> Ketogan, <i>Ketogan supp</i> Durogesic, Fentanyl, Matrifen, Actiq, Abstral, Instanyl
Hydromorfon Oxycodon Metadon Petidin Buprenorfin	Palladon, <i>Palladon comp</i> OxyContin, Oxynorm, Targiniq Norspan, Temgesic, Subutex

”Svaga” opioider

- Finns det en plats för dessa preparat?
 - *Nej, inte i palliativ vård, inte vid cancer*
- Nackdelar – analgetisk takeffekt
 - Dextropropoxifen
 - Förvirring hos äldre, andningsdepression vid kombination med alkohol, obstipation. Försvinner inom ett år.
 - Tramadol
 - Förvirring hos äldre. Stor potential för läkemedelsberoende
 - Kodein
 - Obstipation
 - Ca 10% av personer i vårt land saknar det enzym som demetylerar kodein till morfin. Dessa personer får ej effekt av kodein.

Val av opioid

- Opioiderna har stora likheter vad beträffar effekt och risk för biverkningar
- Stor skillnad mellan individer vad beträffar biotillgänglighet och biverkningsrisk
- Ingen opioid är på gruppnivå dokumenterat bättre än morfin

Opioidbehandling:

Om Panodil och/eller NSAID inte ger tillräcklig effekt, *lägg till* morfin. Om Panodil/NSAID inte ger effekt alls, *ersätt* med morfin.

- Patienter under 75 år: Depolan 10mgx2, pat. över 75 år: Depolan 5 mgx2. Dessa doser är nästan alltid för låga. Förutom grunddosen skall pat ta tabl morfin 5 resp 10 mg vid behov. Varje extradosa skall utvärderas med avseende på effekt (VAS) och biverkningar (daganteckning). Grunddosen Depolan ökas med ledning av antalet extradoser till god effekt (eller oacceptabla biverkningar) uppnåts.
- Beakta möjlighet till extradosa som injektion vid behov för tillfällen när pat inte kan ta tabletter.

Opioidebehandling 2

- Dostitreringen kan i hemmet delegeras till patienten eller hemsjukvården. På sjukhus delegation till sjuksköterskan.
- Vid behandlingsstart Primperan supp 1 vb.
- Alltid laxermedel i underhållsdos (Laxoberal).
- Alltid skriftlig information om morfinbehandling. (Finns i vårdprogrammet)
- Matrifen/Durogesic väljs om patienten förväntas få svårigheter att ta tabletter framgent. Inled ofta med 12 mikrogram/h. Om patienten är yngre och ej opioidnaiv med 25 mikrogram/h.
- Övriga opioider lämpliga i enstaka fall.

Oxykodon

- Bättre biotillgänglighet än morfin
- Visad effekt på postherpetisk neuralgi
- Säkrare än morfin vid nedsatt njurfunktion
- Dubbelt så potent som morfin peroralt
- Lika potent som morfin parenteralt
- Slow-release preparat har effekt 45 min – 12 h

Hydromorfon

- Kliniskt i stort sett jämförbart med morfin
- Används när man önskar stor effekt med liten volym
- Säkrare än morfin vid nedsatt njurfunktion
- 10 mg hydromorfon ger samma effekt som 50 mg morfin
- Finns i 10, 20 och 40 mg/ml

Fentanyl transdermalt

- Inga aktiva metaboliter
- 25µg plåster jämförbart med 40-60 mg Morfin per os
- I första hand vid stabil smärta
- Förstahandsval till patienter som inte kan ta tabletter (t ex kräkningar)
- Kan vara svårt att hantera vid höga doser och i livets slutskede

Metadon

- Metadon:
 - Agonistisk effekt på u-receptorn (som morfin)
 - NMDA-receptor blockad
 - Stor distributionsvolym med ackumulering i vävnaden
 - Halveringstid i plasma 8 – 75 timmar
 - Enstaka doser Metadon ekvipotent med Morfin, vid kontinuerlig behandling upp till 10 ggr mer potent än Morfin
 - Kan ha god effekt vid blandsmärta med både nociceptiva och neurogena inslag
 - Specialistpreparat – i alla fall samråd med specialist!

Opioidbiverkningar

- Illamående
 - vanligt - erbjud antiemetika (ex Postafen) vid behov
- Förstoppning
 - mycket vanligt - rekommendera alltid laxermedel (ex Laxoberal, Movicol)
- Konfusion
 - bör ses som ett tecken på relativ överdosering
- Klåda, svettningar
- Trötthet
- Miktionsbesvär
- Myoclonus

Smärtgenombrott

- Underhållsdosen skall vara så stor att patienten är smärtfri i vila, och så liten att biverkningarna är försumbara.
- Vid aktivitet, och ibland helt oväntat uppkommer smärtgenombrott.
- Patienten skall själv ha strategier att förebygga och hantera smärtgenombrott.
- TENS, NSAID (ex Toradol), paracetamol, värme och/eller opiod.
- Ofta 1/6 av dygnsdosen, men titrering behövs!
- Valfrihet mellan tablett och injektion (eller resoriblett Abstral, spray Instanyl)
- Sc injektion egenvård. Ge inj i hudnål, ex Neoflon

Läkemedelsbehandling neurogen smärta:

Vid tecken till neurogen smärta: Saroten 10 mg till natten, informera patienten att öka var fjärde dag med en tablett i taget, upp till den dos som ger nästan oacceptabel muntorrhet, dock inte högre än 50 mg. Yngre patienter tål ibland mer, då delas dosen upp i morgon- och kvällsdos, (t ex 20 + 0 + 50)

Lyrica är andrahandspreparat. Samma förfarande som ovan. Börja med 50 mg till natten, ökning var fjärde dag, trötthet är tempobegränsande faktor. Tredos efter någon vecka, trötthet är dosbegränsande faktor, maxdos 600 mg (sällan aktuellt på smärtindikation).

Hemma gör patienten dositreringen, på sjukhus delegeras det till sjuksköterska.

Patientfall Elin Byte av opioid

Kvinna 72 år. Kontinuerlig smärta "hela ryggen" som ökar vid all aktivitet. Röntgen visar spondylos.

Smärtan molande, emellanåt hugg utstrålande till nedre thorax och buk, då VAS 5-7.

Skrivs nu in på avdelningen inför planerad hemicolektomi på grund av cancer, ingen känd spridning.

Behandling hemma: Tiparol 50 mg v.b. 6-8/dygn, Panodil Extend 2x3. Inga andra läkemedel.

Hur resonerar du och patienten om smärtan? Ordinera analgetika!

Opioidrotation

- Varje gång man byter opioid uppkommer doseringssvårigheter. Ekvipotensen mellan opioider varierar mycket!
- Målet är att förebygga opioidbyte. Starta t ex med fentanylplåster om det är uppenbart att patienten snart kommer att få svårt att ta tabletter
- Byt opioid om det är oväntat mycket biverkningar av insatt behandling
- Byt opioid om det är praktiska problem som relaterar till toleransutveckling
- Samråd gärna med smärtspecialist inför opioidrotation

Patientfall Kurt Opioidrotation

Ensamboende man, opererad för 4 år sedan på grund av rektalcancer. Nu spridning, skelettdestruktioner, lymfödem och omfattande lokal smärtor i skelettet och i perineum. Palliativt syftande cytostatikabehandling pågår.

Pat har haft fentanylplåster i 3 år, nu 5 plåster (5x100µg) var tredje dag. Dessutom gabapentin 2400 mg/dag. Tar inj Toradol vb, dock tendens att blöda från urinvägarna. Vid smärtgenombrott hydromorfon 30 mg sc. Pat gillar inte att bli slö efter sprutorna.

Vad göra?

Patientfall Ronny

Neurogen smärtkomponent

58-årig man som under lång tid haft stor alkoholkonsumtion. Esofagus cancer sedan 6 månader, nu betydande lokal spridning på halsen. Ytterligare onkologisk behandling ej möjlig. Svåra smärtor i området, karaktären och utbredningen talar för blandad nociceptiv och neurogen mekanism. Smärtbehandling med kortison, Xylokain lokalt och fentanyl utprovas. Opioiddosen ökas första veckan utan fullgod effekt. Patienten dåsig.

Tänkbara strategier?

Patientfall Ronny

Neurogen smärtkomponent

58-årig man som under lång tid haft stor alkoholkonsumtion. Esofaguscancer sedan 6 månader, nu betydande lokal spridning på halsen. Ytterligare onkologisk behandling ej möjlig. Svåra smärtor i området, karaktären och utbredningen talar för blandad nociceptiv och neurogen mekanism. Smärtbehandling med kortison, Xylokain lokalt och fentanyl utprovas. Opioiddosen ökas första veckan utan fullgod effekt. Patienten dåsig.

Tänkbara strategier?

Fortsättning patientfall Ronny

Neurogen smärtkomponent

Tänkbara strategier?

Prova ändrad administrationsväg d.v.s. peroral
behandling (compliance?), pump eller annan opioid.

Ett alternativ kan vara att prova specifik behandling mot
neurogen smärta. T ex Saroten eller Lyrica. Det som
begränsar är trötthet.

Fortsättning patientfall Ronny

Neurogen smärtkomponent

Kontinuerlig sc infusion med hydromorfon inleds. Efter några dagars upptitrering blir patienten smärfri. Aktuell dos: Hydromorfon 10 mg/tim iv. Patienten nu mer aktiv, uppegående, kan skrivas ut till bostaden.

Fördelar med läkemedelspump?

Nackdelar med läkemedelspump?

Fortsättning patientfall Ronny

Neurogen smärtkomponent

Fördelar med läkemedelspump:

Ibland blir effekten bättre när man byter administrationsväg.

Pumpen ger möjligheter till extrados vid smärtgenombrott.

Detta öppnar möjligheter att vistas hemma

Nackdelar med läkemedelspump:

Ställer krav på organisationen. Logistiken måste fungera!

I detta fall krävdes ändå omfattande hemsjukvård, eftersom patienten hade iv vätskebehandling varje dygn.

Fortsättning patientfall Ronny

Neurogen smärtkomponent

Avlider några veckor senare, smärtkontrollen god hela tiden, måttlig dosökning, extradoser vid smärtgenombrott effektiva.

Törst/muntorrhet/dehydrering

Törst-muntorrhet-dehydrering

Fysiologi

- Törst uppkommer till följd av hyperosmolaritet (eller snabb omfattande blödning). Törst kan också förekomma som uttryck för betingning (ex törst vid måltid, ”kaffetörst”).
- Vid isoton dehydrering uppkommer inte törst.
- Törstuppelevelsen hämmas vid drickande av sensibla impulser från mun, strupe och magsäck. Denna hämning varar 10-20 minuter.

Törst-muntorrhet-dehydrering Analys

- Vari består patientens plåga?
- Inspektera munnens slemhinnor.
 - Svampinfektion?
- Torr hud?
- Koncentrerad urin?
- Läkemedelsorsakade problem?
 - diuretika, psykofarmaka, morfin, antiemetika

Vätskelista

- Är oetisk i palliativ vård

Vätskelista

Är oetisk i palliativ vård

- Om det inte är helt klart för all vårdpersonal, patient och närstående vilket syfte listan har
- Samt det är uppenbart att vätskelistan inte ger mer lidande än det lidande man avser lindra

Mät i vissa fall kroppsvikt och urinproduktion istället! (hjärtsvikt, ascitesbedömning etc)

Behandling

- Undanröj orsaken om det går
 - Flukonazol (50mgx1xV), ta bort läkemedel, antiemetika mm
- Omvårdnadsåtgärder för att underlätta drickande
 - rätt position, lite vätska ofta, tandvård
- Omvårdnadsåtgärder för att blockera törst
 - munvård, OralBalans
- Information till patient och närstående
- Dropp - sond - PEG

Parenteral vätska i livets slutskede

- Endast på medicinsk indikation som dokumenterats skriftligt omprövas dagligen
- Värdera alltid konsekvenserna för vården framgent - vårdplats, närståendes reaktion osv

- Använd port eller CVK om det finns
- I övriga fall, använd perifer ven om betydande volymer erfordras eller om infusionsvätska med kaliumtillsats erfordras.

Använd i övriga fall sc infusion

- ∞ nålen placeras där den är minst i vägen (bröstkorgens framsida oftast)
- ∞ nålen byts vart eller vartannat dygn
- ∞ använd helst Neoflon[®]



- ∞ använd glucos 50 mg/ml eller Nacl cirka 500 ml på 12 timmar

sc infusion

- Fördelar
 - ∞ mindre rörelsehämning
 - ∞ sällan smärtsamt
 - ∞ ofarligt om nålen åker ut
- Nackdelar
 - ∞ relativt lite vätska kan tillföras
 - ∞ besvärligt om tillsatser erfordras
 - ∞ viss risk för hudproblem

Illamående

Illamående - fysiologi 1

- Kräkcentrum tar emot information från periferin och från hjärnan.
- Vid illamående kommer information från kräkcentrum till högre centra – Limbiska systemet och hjärnbarken. Affektiv komponent – ångest, dysfori samt kognitiv komponent – minne, åtgärda orsaken

Illamående - fysiologi 2 "Input"

- Kemoreceptorer
 - Calcium, urea mm
 - Tumörtoxiner
 - Läkemedel – morfin, cytostatika mm
- Vestibulära apparaten
 - åksjuka
- Hjärnytan
 - Meningit, hjärnödem, stroke
- Psyke
 - Dofter, betingning mm
- Autonoma nervsystemet
 - Gastroenterit, ileus, ulcus mm
 - Förstoppning

Illamående - analys

- Vad tror patienten om orsaken?
- Är det illamående och/eller kräkningar?
- Hur är kräkningen?
- När (i förhållande till rörelse, mat mm)
- Aktuella läkemedel?
- Betingning?
- Benägenhet till åksjuka?
- Infektioner (UVI?)
- Förstoppning?
- Urinretention?
- Tecken till hjärnskada?

Illamående - analys

- Bukstatus? (mjuk, öm, utspänd?)
- Svampinfektion i munhålan?
- Labprover:
 - Ca, Urea, Hb, Glukos, CRP mm
- Röntgen
- Gastroskopi

Illamående - behandling

- Behandla orsaken
 - Laxering, kortison, bifosfonater, minskad morfindos, V-sond, Flukonazol
- Omvårdnad
 - Lugna förflyttningar, dofter, måltidssituation, information, tid
- Akupunktur
 - Även TENS. Vældokumenterat!
- Läkemedel

Illamående - behandling

- Handledsband
 - Trycker på akupunkturpunkter. Viss dokumentation
- TENS
 - Dokumenterad effekt. Mekanismen oklar. Instruktion i apparatbroschyren. Alltid självhäftande elektroder www.cefar.se
- Akupunktur
 - Väl vetenskapligt förankrat. Ej för egenvård – därför dyrt. Kolla blödningsrisk!

Illamående - behandling - läkemedel

- Symtomatisk behandling
 - Stemetil, Dridol, Postafen, Primperan, Haldol
 - Nozinan
 - Ondansetron
 - Scopoderm (OBS konfusionsrisk!)
- Sekretionshämning
 - Sandostatin (vid kräkning med stora volymer)
- Ångesthämning
 - Stesolid, Temesta, Dormicum
- Kortison
 - Okänd mekanism

Illamående - behandling - läkemedel

- Vid cytostatikabehandling skall behandling ges förebyggande enligt klinik-pm
- Patienten skall informeras muntligt och skriftligt
- Vid illamående trots profylax skall patienten ha en handlingsplan
- Om patientens egna åtgärder inte ger avsedd effekt skall han/hon kunna nå sjuksköterska för rådgivning.
- Glöm inte ickefarmakologiska metoder!

Illamående - exempel

66-årig ensamstående kvinna med äggstockscancer med spridning i buken. 2 stomier, emellan dessa en vätskande fistel. Tidigare strålbehandlad och efter detta mycket skör hud i ljumskarna.

Avföringsinkontinent, KAD. Tidigare relativt mycket smärtor. Morfin viss effekt, bra effekt av Toradol.

Illamående nästan jämt. Provat de flesta läkemedel, inget fungerar riktigt bra, alla ger mer eller mindre biverkningar.

Förtvivlad. Ber läkaren om injektion som dödar.

Tänkbara alternativ.....

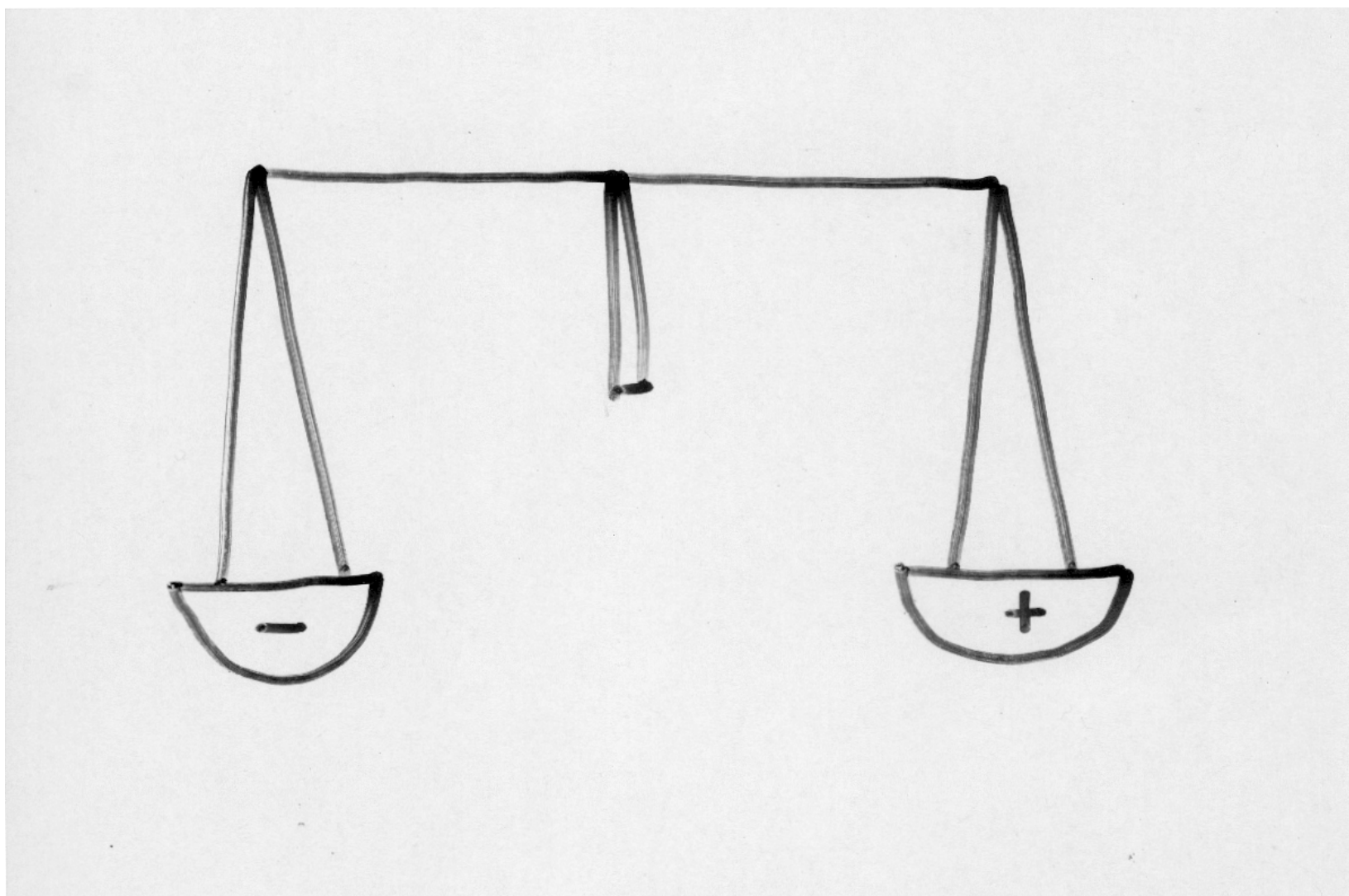
1. ”Jag kan inte ge injektionen du efterfrågar, men jag stannar hos dig om du vill”
2. ”Låt oss prova en högre dos Haldol – även om det ger mycket trötthet”
3. ”Du kan få medicin så att du får sova – palliativ sedering”
4. ”Jag är beredd att ge injektionen, trots att det inte är tillåtet”
5. ”Jag går på ledighet, du får vända dig till någon annan”

Illamående - exempel

Hittills klarat sig hemma i bostaden med hjälp från hemsjukvården och från sin far (då 92 år gammal). Under dagarna har det varit mycket pyssel med omvårdnad, framförallt på grund av att det kommer avföring helt nyckfullt. Bandagering svår.

Patienten är själv sjuksköterska. Hon har skrivit läromedel om palliativ vård! Vill helst få en sista bok klar innan hon dör.

Ändå ber hon om dödande injektion....



Illamående - exempel

Ny diskussion om fördelar och nackdelar med olika illamåendeminskande läkemedel. Accepterar ny strategi med högre doser med kalkylerad ökad slöhet. Får Dridol och blir tröttare, sover fler timmar per dygn.

Men illamåendet besvärar henne nu sällan.

Hon hinner bli klar med sin bok.

Hon avlider ett par veckor senare med sin far vid sin sida.

Under denna tid upprepar hon inte sin begäran om eutanasi

Dyspné i palliativ vård

Dyspné - fysiologi 1

- Andningscentrum får impulser från CNS och perifera receptorer. Koppling till andra funktioner i förlängda märgen samt Limbiska systemet och hjärnbarken.
- Andnöd således alltid skrämmande (affektiv komponent) och viktigt att snabbt åtgärda (kognitiv komponent)

Dyspné - fysiologi 2

- Inkommande information från:
 - Tryckreceptorer i de minsta blodkärlen i lungorna (prealveolära kapillärer)
 - Receptorer i bröstkorgsväggen som förmedlar information om smärta och inskränkt rörelsemöjlighet
 - Kemoreceptorer – pO_2 , pCO_2 , pH
 - Psykologiska mekanismer, ångest, betingning

Dyspné - analys

- Fråga patienten om debut, vad patienten själv tror om orsaken mm
- Fysikalisk undersökning
- Hb, infektionsparametrar
- Röntgen, skint, MR mm
- Oxymetri, blodgas
 - Diagnostiken anpassad efter tänkbara orsaker

Dyspné - tänkbara orsaker:

- Cancer, metastaser
- Infektion
- Atelektas
- Obstruktivitet
- Hjärtsvikt
- Lungemboli
- Revbensfraktur
- Stor lever eller ascites
- Skada på nervus phrenikus
- Ångest

Dyspné - behandling

- Eliminera orsaken
 - Antibiotika, diuretika, analgetika mm
 - Pleuratappning, pleurodes (talk)
- Sjukgymnastik
- Utprovning av effektiv ADL + hjälpmedel
- Omvårdnad
 - Tid, ordning, bordsfläkt, komma utomhus
- Läkemedel

Vilket alternativ av nedanstående är korrekt:

1. Morfin kan inte användas mot dyspné eftersom det ger upphov till andningsdepression
2. Syrgas har effekt mer än placebo mot dyspné
3. Bensodiazepiner fungerar bra mot dyspné
4. Patienten eller närstående kan ge injektion morfin vid behov mot dyspné

Dyspné - läkemedel

- Morfin dokumenterat effektivt
 - Bolusdoser, helst som injektion.
 - Underhållsbehandling förebygger ej dyspné
 - Inhalation ej mer effektivt än injektion
- Bensodiazepiner
 - Lindrar ångestkomponenten
 - Ofta i kombination med morfin
- Syrgas
 - Ej mer effektivt än placebo mot dyspné!

[Palliat Med.](#) 2003 Dec;17(8):659-63.

A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea.

Bruera E, Sweeney C, Willey J, Palmer JL, Strasser F, Morice RC, Pisters K.

PATIENTS AND METHODS: Patients with advanced cancer who had no severe hypoxemia (i.e., had an O₂ saturation level of $\geq$ 90%) at rest and had a dyspnea intensity of $\geq$ 3 on a scale of 0-10 (0 = no shortness of breath, 10 = worst imaginable shortness of breath) were recruited from an outpatient thoracic clinic at a comprehensive cancer center. This was a double-blind, randomized crossover trial. Supplemental oxygen or air (5 L/min) was administered via nasal cannula during a 6-minute walk test. The outcome measures were dyspnea at 3 and 6 minutes, fatigue at 6 minutes, and distance walked. We also measured oxygen saturation levels at baseline, before second treatment phase, and at the end of study.

RESULTS: In 33 evaluable patients (31 with lung cancer), no significant differences between treatment groups were observed in dyspnea, fatigue, or distance walked (dyspnea at 3 minutes: $P = 0.61$; dyspnea, fatigue, and distance walked at 6 minutes: $P = 0.81$, 0.37 , and 0.23 , respectively).

CONCLUSIONS: Currently, the routine use of supplemental oxygen for dyspnea during exercise in this patient population cannot be recommended.

Dyspné - att sätta ut syrgas

- När syrgasbehandling inleds skall patienten alltid informeras om syftet. Framförallt att det handlar om att öka fysisk uthållighet, kanske minskad risk för symtom från hjärta och hjärna - inte andnöd. Syrgas skall användas ofta på sjukhus!
- Avveckla syrgas långsamt och med patienten aktiv. Syrgas vid behov är mindre besvärande än kontinuerlig behandling.
- Erbjud andra åtgärder mot dyspné. Berätta om fysiologin!
- Liten morfidos på prov. Gärna dos i underkant - t ex 2,5 mg sc!

De sista dygnet

Smärta - de sista dygnet

Hellre aningen låg underhållsdos opioid- med
anledning av ökad tendens till förvirring

Fri tillgång på extradoser av opioid

Opioider skall helst ges som sc injektion

Gärna i Neoflon på bröstkorgens framsida

Plåster bra i dessa situationer

Sluta med analgetika i tablettform - oftast inte så stor
skillnad

TENS, akupunktur, palliativ beröring ofta bra!

De som inte har plåster - ge injektion var 4:e timma.

Introducera inte läkemedelspump i detta läge -
undantag: hemsjukvården

Ångest de sista dygnet

Sätt ut SSRI först när patienten inte kan ta tabletter

Minska eller ta bort övriga lugnande medel

Ge frikostigt lugnande medel vid behov

Dormicum förstahandsval

Vid tydliga psykotiska symtom - överväg Risperdal eller Haldol

Lyssna, lyssna! Kan man förstå ångesten - i någon mån - är det lättare att hitta rätt behandling

Lyssna, vänta, vara nära - ångest behöver inte alltid medicineras bort!

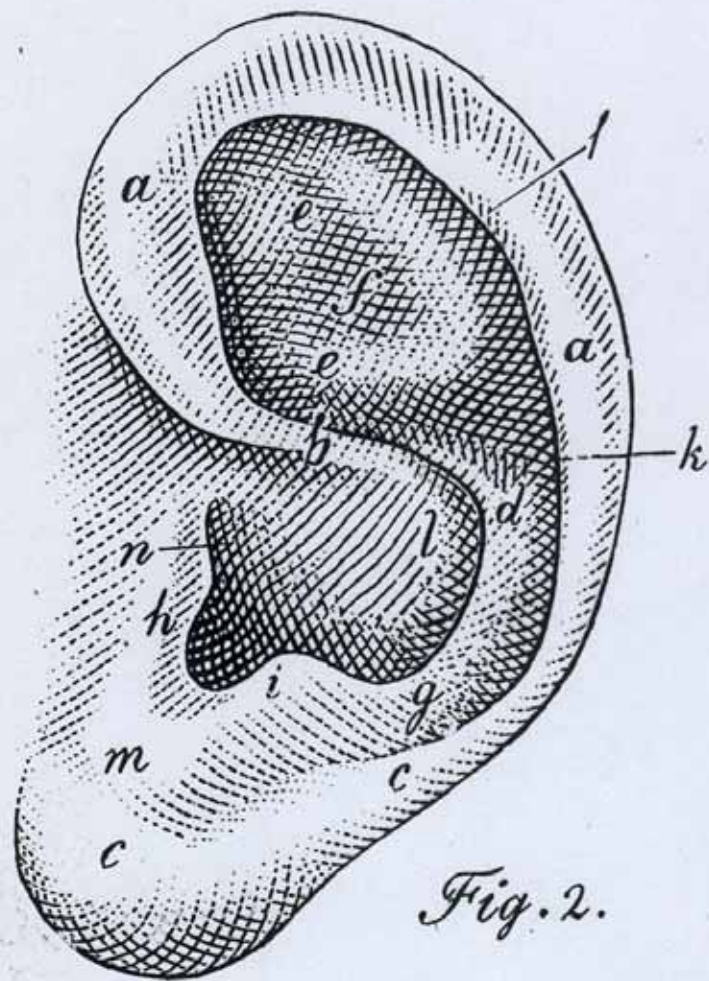


Fig. 2.

De närstående

- ”Om det var min mamma skulle jag

Dödsögonblicket

- Hjälp de närmaste att komma nära.
- Stanna
- Hjälp varandra att ta vara på stunden, det är viktiga minuter!
- Förklara saker om det behövs, låt bli om det inte behövs!
- Nynna, sjung sakta - om det passar

”Frågor när livet går mot sitt slut”

- www.lthalland.se
- Markera ”sjukhus” och ”Kungsbacka”
- Klicka på ”vårdavdelningens” hemsida
- Klicka på ”palliativ vård”
- Klicka på ”ASiH”
- Öppna dokumentet i hö marginal
- Skriv ut 2 sidor, tryck sedan de sista 2 sidorna på baksidorna. Vik. Häfta.

*Frågor
när livet
går mot
sitt slut*

*Häftet är skrivet av Gunnar Eckerdal, läkare i palliativ vård, i samarbete med vårdpersonal i ASiH Kungälv och Helhetsvårdens Hospice, Göteborg. Häftet kan tryckas ut från internet där det ligger på:
www.lthalland.se, klicka på "Kungälv" och sedan en bit ned på sidan på "ASiH-teamet"*

Alltså

- *Mera*
- Flukonazol
- Robinul
- Subcutant
- Dormicum
- EBM
- *Mindre*
- Morfinskopolamin
- Syrgas
- CVK
- Stesolid
- Gammal vana