PLASTARK PALLIATION

SIDE 1: TJEKLISTE

SIDE 2: EORTC

SIDE 3: S.C. BEHANDLING

SMERTER

DELIRIUM

ÅNDENØD/DYSPNOE

SIDE 4: KVALME UDEN SIKKER ÅRSAG

FORSTOPPELSE/OBSTIPATION

TVÆRSNITSSYNDROM

VENA CAVA SUPERIOR SYNDROM

BLØDNING

MALIGN TARMOBSTRUKTION

SIDE 3

**SUBKUTAN BEHANDLING**

Når peroral medicinering ikke er mulig længere.

Vær forudseende – sørg for at medicin, som kan blive aktuel ved evt. akutte symptomer, findes i hjemmet.

**Den subkutane nål**

* Anlægges subkutant på intakt, ikke-ødematøs hud. Alle steder kan anvendes, fx thorax (subklavikulært), abdomen, lår, overarme, ryg.
* Al medicin som kan gives intramuskulært kan gives subkutant.
* Brug fastsiddende subkutan nål, hvis der skal gives mere end én injektion.

**Vejledning til behandling af den terminale patient**

* Smerter: inj. sc morfin i beregnet dosis + p.n.-dosis sv.t. 1/6 af døgndosis.
* Akut dyspnoe: inj. sc morfin 2,5-5 mg (eller halvdelen af den aktuelle p.n.-dosis mod smerter)
* Angst: inj. sc midazolam (1)-2,5-(5) mg p.n.
* Delirium/uro: Haloperidol/Serenase® 0,5-1 mg sc × 2-4 + p.n. (maks. 4,5 mg/døgn).
* Kvalme: Haloperidol 0,5 mg sc × 2-4 + p.n. (maks. 4,5 mg/døgn) eller bare p.n
* ”Dødsrallen”: inj. S.c. hyoscinbutylbromid/Buscopan® 20 mg × 3-6 eller glycopyrron/Robinul® 0,2 mg × 3-6.
* Lungeødem: inj. sc furosemid 20-40 mg p.n.

**Vigtige omregningsfaktorer**

Omregn al opioid (peroral, plaster og parenteralt givet det seneste døgn) til morfin

1. Subkutan morfindosis er 1/3 af peroral morfindosis.
2. P.n. morfindosis er 1/6 af total opioid døgndosis. (inkl. evt. opioidplaster omregnet til morfin), (evt. mindre ved meget høje doser).
3. Fentanyl-plaster: 25 mikrogr./time svarer ca. til 60 mg morfin p.o./døgn.
4. Peroral oxycodon er 1,5-2 gange så potent som morfin, dvs. at 10-15 mg oxycodon svarer til 20 mg morfin.
5. Ved skift til andet opioid (opioid-rotation): Dosis af det nye opioid skal som regel reduceres 25-50 %.

**SMERTER**

**Opstart af opioidbehandling:**

Opioidbehandling kan påbegyndes på to ligeværdige måder:

1. Depotmorfin (5-10 mg × 2), suppleret med hurtigvirkende morfin (2,5-5 mg) p.n.

P.n. forbruget registreres. Dosis justeres efter 2-3 dage på baggrund af respons og p.n. forbrug.

1. Hurtigvirkende morfin 5-10 mg p.n.

Forbruget registreres. Dosis justeres efter 1-3 døgn. Dosis konverteres direkte til depotmorfin (1:1).

**Principper for opioid-behandling:**

* Brug depotopioid x 2 (-3)/døgn
* supplerér med pn ved gennembrudssmerter.
* Total døgndosis er både depot og pn. opioid uanset administrationsform.
* Husk altid laksantia, når opiodbehandling påbegyndes.
* Brug makrogol x 1-2 dagligt. Supplér med peristaltikfremmende om aftenen, hvis der ikke har været afføring.

**Vigtige omregningsfaktorer**

Omregn al opioid (peroral, plaster og parenteralt givet det seneste døgn) til morfin

1. Subkutan morfindosis er 1/3 af peroral morfindosis.
2. P.n. morfindosis er 1/6 af total opioid døgndosis. (inkl. evt. opioidplaster omregnet til morfin), (evt. mindre ved meget høje doser).
3. Fentanyl-plaster: 25 mikrogr./time svarer ca. til 60 mg morfin p.o./døgn.
4. Peroral oxycodon er 1,5-2 gange så potent som morfin, dvs. at 10-15 mg oxycodon svarer til 20 mg morfin.
5. Ved skift til andet opioid (opioid-rotation): Dosis af det nye opioid skal som regel reduceres 25-50 %.

**Analgetika til neuropatiske smerter:** ”Start low, go slow”

Tricykliske antidepressiva (TCA): Startdosis: 10 mg × 1, maks. 75 mg/døgn

* Nortriptylin
* Amitriptylin (doseres til natten)

Begyndelsesdosis er 10 mg 1-2 × dgl. derefter justeres langsomt op til maks. 75 mg dgl. fordelt på 2 (3) doser. Den smertestillende virkning indtræder i løbet af 3-8 døgn. Man kan med fordel bruge amitriptylin til natten sammen med noritren om morgenen og evt. til middag.

TCA kan ikke anvendes som p.n.-medicin.

SNRI:

* Duloxetin: Startdosis: 30 mg × 1, maks. 120 mg/døgn
* Venlafaxin: Startdosis: (37.5 -) 75 mg × 1, maks. 225 mg/døgn.

Antiepileptika:

* Gabapentin: Startdosis: 300 mg givet til natten – optrappes gradvist med 300 mg hver 3. dag til effekt, maks. 3600 mg/døgn. Gabapentindosis nedsættes til ældre og ved nedsat nyrefunktion.

Pregabalin: Startdosis: 25 mg × 1-2 og kan gradvist øges hver 3.-7. dag til maks. 600 mg/døgn.

**DELIRIUM**

Non-farmakologisk

* Medicinsanering
* Identificer og behandl potentielt reversible årsager
* Beroligende tilstedeværelse af pårørende/ personale (gerne få og kendte)
* Sikre basale behov (søvn, smertebehandling, væske, ernæring).
* God kommunikation (husk briller/høreapparat) Bevar vanlig struktur og døgnrytme
* Rolige hjemlige vante omgivelser
* Gerne synligt ur og kalender
* Naturligt dagslys og udsyn

Farmakologisk

* Tablet/mikstur/injektion haloperidol (Serenase®) 0,5-1 mg -p.o./ sc × 2-3 plus p.n. (maks. 4,5 mg/dgl.)

Ved bivirkninger eller manglende effekt af haloperidol i maksimal dosering:

* Tablet risperidon (Risperdal®) 0,5-1 mg × 2-3 (kan med fordel bruges til oppegående ældre pga færre ekstrapyrimidale bivirkninger)
* Tablet/injektion olanzapin (Zyprexa®) 1,25-2,5 mg × 1 nocte. (kan med fordel anvendes ved agiteret delirium)

**Husk at seponere antipsykotika, når patienten er ude af delir**

Eventuelt kontakt til specialiseret palliativ indsats

**DYSPNOE/ÅNDENØD**

Non-farmakologisk

* Forklaring, støtte og beroligelse
* Lejeændringer, frisk luft, åbne dør/vindue
* Vifte til afkøling af trigeminus (kinden) med en lille ventilator
* Respirationsøvelser (fysioterapeut)
* PEP fløjte
* Nedsat aktivitetsniveau
* Akupunktur

Farmakologisk

* Sygdomsspecifik behandling af grundsygdom
* Morfin er første valg

Patienter, der ikke er i opioidbehandling:

* depot morfin 5mg x 2.
* Optitrering hver uge til døgndosis på max 30 mg.
* P.n. dosis er 1/12 af døgndosis

Patienter, der er i opioidbehandling:

* Pn dosis ved åndenød er 50% af pn dosis ved smerter (1/12 af døgndosis)

Morphinsulfat, orale dråber (Oramorph® 20 mg/ml 1 dråbe = 1.25 mg morfin)

* Patienter, der ikke er i opioidbehandling: 3-5 dråber, titreres op til effekt
* Patienter, der er i opioidbehandling: 5-10 dråber, titreres op til effekt.

Benzodiazepin kan anvendes som tillæg til opioidbehandling i forsøget på at lindre oplevelsen af svær dyspnø, hvor angst er en komponent:

* Lorazepam 1 mg

Anden behandling

* Blodtransfusion ved anæmi
* Stråleterapi ved tumortryk
* Pleuracentese ved pleuravæske
* Nasal O2 ved SaO2 < 90 %

SIDE 4

**KVALME UDEN SIKKER ÅRSAG**

• Start med tabl. domperidon 10-20 mg × 1-3 eller tabl./inj. metoklopramid 10 mg × 1-3.

• Ved manglende effekt, forsøg med tabl./mikstur/inj. haloperidol 0,5-1 mg × 1-3.

• Andre muligheder er

* Smeltetablet ondansetron 4-8 mg × 2
* Tabl. prednisolon 12,5-50 mg.

• Prednisolon 12,5-50 mg kan benyttes som supplement til alle præparater eller alene.

• NB: Metoklopramid er kontraindiceret ved subileus/ileus.

Ved kendt årsag se vejledningen.

**OBSTIPATION**

Non-farmakologisk

* Fysisk aktivitet/mobilisering
* Væskeindtag øges
* Fiberrig kost
* Colon-massage (ved fysioterapeut)
* Hjælp til at finde egnet defækationsstilling
* Gode toiletforhold og respekt for patientens integritet.
* Toiletbesøg 20 min. efter morgenmad

Farmakologisk

• Kombiner gerne et osmotisk virkende og et peristaltikfremmende laksantia og doser efter effekt. Vurder hyppigt tarmfunktionen, gerne i samarbejde med hjemmesygeplejen.

Osmotisk virkende (øger tarmindholdets væskeindhold):

• Macrogol: hvert brev kræver 125 ml væske. Svær obstipation kan behandles med 6-8 breve opløst i 750-1000 ml over nogle timer. Forebyggende: 1-2 breve dagligt

**TVÆRSNITSSYNDROM**

Behandling af tværsnitssyndrom skal påbegyndes øjeblikkeligt (steroidbehandling før transport!) på mistanken for at undgå blivende pareser og for at forbedre livskvalitet og dermed overlevelse.

Behandling

• Prednisolon® 100 p.o., Solu-medrol® 80 mg s.c. eller Solu-Cortef® 400 mg s.c.

• Akut indlæggelse til MR-scanning mhp. Kirurgi og/eller strålebehandling

• Ved urinretention anlægges KAD

**VENA CAVA SUPERIOR SYNDROM**

Kan optræde i alle faser hos kræftpatienten. Kan være livstruende og kræver akut indlæggelse (steroidbehandling før transport). Konferer med onkolog.

Giv straks steroid p.o. eller parenteralt, hvis der er mistanke om vena cava superior syndrom.

• Prednisolon® 100 mg p.o., Solu-medrol® 80 mg sc eller Solu-Cortef® 400 mg sc

• Furosemid 40 mg po/iv/im/sc mod ødem

• Morfin mod smerter og åndenød – evt. via sc-nål

• Strålebehandling

• Stentanlæggelse

• Kemoterapi.

**BLØDNING**

Behandling:

• Kompression af blødende sår

• Tilstedeværelse og beroligende adfærd

• Mørke håndklæder i beredskab til at opsuge blod.

• Syrepumpehæmmere ved GI-blødning

• T. tranexamsyre (Cyklokapron®) 1-1½ g × 3 dgl.

• Angstbehandling/sedering:

* Tabl lorazepam (0,5)-1 mg evt. gentaget x 3
* Tabl. oxazepam 7,5-15 mg evt. gentaget x 3
* Inj. midazolam 2,5-5 (10) mg sc.

**MALIGN TARMOBSTRUKTION**

• Seponer motilitetsstimulerende laxantia.

• Metoklopramid er kontraindiceret.

• Nasogastrisk sonde

• Sc væske (sjældent indiceret).

Ofte er en kombination af følgende stoffer nødvendig:

* Glycopyrroniumbromid (Robinul®) 0,2 mg x 3-6 s.c. eller

Inj. s.c. hyoscinbutyl­bromid (Buscopan®) 20 mg × 3-6

* Haloperidol (Serenase®) 0,5-1 mg p.o./s.c. × 2-4 plus p.n. (maks. 4,5 mg/dgl.)
* Solu-Medrol®: 40-80 mg s.c. × 1 dagligt.
* Opioid: Individuel dosering
* Protonpumpehæmmere m.h.p. at reducere sekretion i ventriklen, især ved høj ileus

Eventuelt kontakt til specialiseret palliativ indsats.