

*Det  
finns  
inga  
hopplösa  
fall*

*Nionde upplagan 2019*

*Gunnar Eckerdal*

# Förord

De flesta patienter som i vårt land närmar sig livets slut har sin viktigaste kontakt med sjukvården på sjukhusens vanliga avdelningar och mottagningar, i hemsjukvård, kommunens boenden eller hospice. Många besväras av plågor, andra av rädsla för plågor i ett senare sjukdomsskede. Det är av största vikt att alla i vårdkedjan kompetent möter patientens berättigade förväntningar beträffande lindring av plågsamma symtom.

Detta dokument innehåller något av det som palliativ medicin står för. Det gör inte anspråk på att vara heltäckande. Några avsnitt har en tydligt medicinsk prägel där förkunskaper fordras för full förståelse. Det innebär att målgruppen huvudsakligen är sjukvårdspersonal.

Människor med livshotande sjukdom är aldrig hopplösa fall. Det finns alltid någonting värt att hoppas på. För den som tappat allt hopp kan Din kunskap och skicklighet vara en hjälp att hitta tillbaks till en tillvaro där morgondagen kan vara värd att leva för. Hör gärna av dig om du har synpunkter på denna skrift, om något är oklart eller om det är något som saknas.

I denna 9:e upplaga har alla kapitel uppdaterats. Dokumentet finns inte utgivet i tryckt form, men det är tillåtet att skriva ut det på egen skrivare. Då kan det vikas och bli ett häfte att ha nära till hands i arbetet.

Göteborg mars 2019

*Gunnar Eckerdal, överläkare, diplomerad i palliativ medicin, [gunnar.eckerdal@hotmail.com](mailto:gunnar.eckerdal@hotmail.com)*

## Innehåll

Palliativ medicin - vad är det?

Smärta

Illamående

Matleda

Andnöd

Förstoppning

Törst

Klåda

Konfusion

Hicka

Ångest

Andlig smärta

När patienten frågar om ovetenskaplig behandling

Att trösta

Brytpunkten

Internetlänkar

Bilaga: Information till patienten vid behandling med morfin

# 1. Palliativ medicin – vad är det?

Människor som lider (det latinska ordet ”patient” betyder ”den som lider”) söker sig ibland till sjukvården för att få lindring. Där försöker läkare och andra vårdare finna lidandets orsak och om möjligt behandla den sjukdom som ligger bakom. Men ibland går det inte som vi önskar. Sjukdomen går inte att bromsa eller bota. Vår ambition blir i stället att lindra patientens plågor. Detta är för de flesta i sjukvården en vanlig situation. För att uppnå resultat är det viktigt att vara systematisk och utnyttja de kunskaper som finns. Forskning och utveckling inom området symtomkontroll vid obotlig sjukdom, finns samlat i det som kallas palliativ medicin, ett begrepp som används allmänt sedan ca 40 år. Det är nu också en egen medicinsk specialitet. Palliativ medicin arbetar mest med lindring av plågsamma symtom hos svårt sjuka, ofta cancerpatienter, men alla aspekter på människors situation nära livets slut finns med - fysiska, psykiska, sociala och existentiella.

## **Strategi**

Strävan efter att snabbt hjälpa patienten leder tyvärr ofta till att vi handlar lite på måfå, prövar oss fram. Ett gott resultat kan uppnås genom att:

- lära mera om fysiologi och patofysiologi; **kunskap**
- analysera patientens lidande; **analys**
- sätta in **behandling** och göra
- **utvärdering**

Läkaren bär ansvaret för att detta fungerar. Analys, behandling och utvärdering bör dokumenteras för att kontinuitet ska kunna erbjudas. Om vi satsar möda och arbetar systematiskt kommer resultatet att bli bättre.

## **Fysiologi**

Den fysiologiska mekanismen bakom vanliga plågor är ibland dåligt känd. Detta gäller t ex matleda och klåda. Ofta finns dock en hel del kunskap som inte nått ut till alla. Det gäller i hög grad de senaste årens rön om smärtfysiologi. Att följa litteraturen i detta ämne kan vara besvärligt och prioriteras inte så högt av de flesta. Bra samlingsartiklar och böcker finns vilket i hög grad underlättar. Se [Internetmedicin.se!](http://Internetmedicin.se) Konsultation av erfarna kolleger är en bra metod. Låt konsultationen inte bara handla om diagnos och behandling. Diskutera gärna patofysiologi också!

## **Analys**

Ingen skulle sätta in behandling mot hypertoni utan att först mäta blodtrycket och göra en sedvanlig utredning. Men ordination av antiemetika, utan närmare analys, till en patient som kräks kan nog förekomma. Analysen av plågsamma symtom är ofta ofullständig. Detta leder till behandling som baseras på gissningar och ofta till dålig symtomkontroll. Både behandlare och patient blir besvikna. Det viktigaste momentet i symtomanalys är samtalet, att helt enkelt fråga patienten. Att grunda sin bedömning på information i andra eller tredje hand leder ofta till stora fel. Framförallt gäller det sådana symtom som väcker ångest hos den som bedömer. Det finns t ex flera studier som visar hur dåliga läkare är på att gissa hur mycket smärta en patient har.

Fråga patienten: *Vad tror du ligger bakom dina besvär?* Analysen måste också innehålla uppgifter om tidsförhållanden och ibland om kvalitet och kvantitet. En kräkning som kommer utan förvarning och som inte ledsagas av illamående kan inte behandlas på samma sätt som intermittent illamående med sporadiska kräkningar.

Ett annat syfte med analysen är att finna symtom som patienten inte aktivt för fram. För många människor är det också svårt att exakt skilja olika plågor från varandra. Smärta, ångest och sömnproblem kan t ex ofta vara kopplade till varandra. Patienten kan föra fram ett symtom som är mycket svårbehandlat. Analysen kan leda till att några andra mer lättbehandlade symtom identifieras och åtgärdas. Summan av plågor blir då trots allt mindre för patienten.

## **Behandling**

Palliativ vård innebär alltid behandling – som dock sällan är enbart medicinsk! Det finns inga hopplösa fall, inga plågor som det inte går att göra något åt. Å andra sidan går det aldrig att eliminera alla obehagliga symtom omedelbart. Att helt ta bort ett plågsamt symtom medför inte sällan oacceptabla biverkningar – t ex slöhet, konfusion eller muntorrhet. Tillsammans med patienten går vi igenom de behandlingsalternativ som finns tillgängliga. Då redovisas också åtgärdernas möjliga nackdelar. Tillsammans beslutas därefter om vad som ska göras och i vilken ordning. Den snabbaste vägen till målet är ofta att prova en sak i sänder, utvärdera och gå vidare. Palliativ vård måste innebära att aktiva medicinska åtgärder såsom operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling måste gå hand i hand med information, god omvårdnad, rehabilitering och psykologiskt stöd. Det innebär i praktiken nästan alltid ett teamarbete. I allmänhet blir resultatet bättre ju mer patienten kan delta i behandlingsplaneringen. Detta förutsätter tid för information. Men inte så mycket tid som många tror. Under analysamtalen ges flera tillfällen att informera. Hög eller låg ålder utgör i sig inget hinder för att en patient ska kunna delta i bedömningar och beslut.

## **Utvärdering**

Som en naturlig uppföljning av analysen måste insatta åtgärder utvärderas. Även detta ska ske nära patienten. Ibland används antalet givna extradoser av läkemedel som mått på behandlingseffekt. Men det kan ju vara så att patienten märker att extradosen inte hjälper och därför slutar att efterfråga den!

Ofta är det rationellt att be patienten skriftligt under dygnet notera symtom och värdera behandlingseffekt. Utvärderingen kräver hög kompetens i hela vårdteamet och en välfungerande kommunikation. Om resultatet inte är det önskade: börja om från början. Är mina kunskaper i fysiologi fullständiga? Är analysen adekvat? Ska jag prova en annan behandlingsstrategi?

Lika viktigt som det är att vara systematisk och ta en sak i sänder, lika viktigt är det att inte låta patienten vänta. Du kan stå ut med fortsatt plåga ett halvt dygn till om du vet att det är den tid som den nya medicinen behöver för att verka. Men du står inte ut med att vänta till fredag för att doktorn är på kurs på torsdag! Palliativ vård ställer minst lika stora krav på organisation som vilken annan specialitet som helst. Det är den behandlingsansvarige läkaren som har det yttersta ansvaret för att organisationen fungerar. Sjuksköterskan har huvudansvar för omvårdnadsdokumentation och att hela vårdteamets kunskaper och iakttagelser samordnas. Att lindra plågor är en av vårdens viktigaste uppgifter. Det är också en tacksam uppgift och källa till glädje och tillfredsställelse - när allt fungerar. För att arbetet ska lyckas måste alla arbeta med sin egen kompetensutveckling, våga komma patienten nära och aldrig ge upp. Organisation, utbildning av patienter, anhöriga och vårdpersonal är andra viktiga moment.

## **2. Smärta**

Många av de patienter som kommer i kontakt med sjukvården besväras av svåra smärtor. Ambitionen är alltid att finna och undanröja smärtans orsak. Ibland är detta inte möjligt. Följande synpunkter gäller i första hand smärtbehandling vid tumörsjukdom. Samma behandlingsprinciper bör gälla även vid några andra kroniska smärttillstånd med uppenbar organisk orsak, t ex RA, osteoporos, avancerad cirkulationsrubbnings mm. Vid långvarig smärta av annan typ måste emellertid behandlingen vanligen läggas upp på andra sätt.

### **Smärtanalys**

Varje behandling måste föregås av en ordentlig smärtanalys. Ansvaret för denna ligger på behandlande läkare. Det är viktigt att smärtanalysen utförs av personer som känner patienten väl. Det innebär i praktiken att alla i vårdteamet bidrar med information. Sjuksköterskan bör ofta vara den som samordnar och dokumenterar fakta. Läkaren bidrar med somatisk undersökning och värdering av övriga undersökningsresultat. Tillsammans

kan vi sedan göra en adekvat analys och planera för framtida behandling. Analysen bör innehålla uppgifter om smärtans karaktär, duration samt en detaljerad beskrivning av lokaliseringen. Använd gärna [Brief Pain Inventory](#) där patienten får möjlighet att värdera smärtan ur olika aspekter och rita på bild var smärtan finns. Smärtans intensitet dokumenteras med hjälp av visuell analogskala, VAS eller Numeric Rating Scale, NRS. Smärtanalysen leder till en preliminär bedömning av smärtans genes och fysiologiska karaktär.

Ofta är smärtan komplex med inslag av såväl nociceptiv som neurogen typ. Då behandlingen vid dessa olika smärttillstånd skiljer sig från varandra är det rationellt att försöka värdera de olika komponenterna var för sig. Ibland kan ett terapiförsök underlätta bedömningen. Så kan t ex försöka med en nervblockad med lokalanestetikum eller intravenös injektion med morfin kan t ex vara aktuell. Patientens uppgift om tidigare behandlingars värde måste alltid efterfrågas.

## **Behandling**

Smärtanalysen visar ofta att det finns flera olika smärttillstånd samtidigt. Behandlingen måste därför i allmänhet vara mångfacetterad. Den ska inte bara minska smärtupplevelsen utan även i görligaste mån förebygga smärtans uppkomst. Allmänna omvårdnadsaspekter måste betonas starkt. Rätt teknik i samband med förflyttningar, adekvat säng, rullstol, lämpliga kläder och tekniska hjälpmedel kan ofta betyda mer än läkemedel för att förebygga smärta. Taktil stimulering syftar till att påverka smärtimpulsflödet spinalt genom ökat impulsflöde i beröringsnerver. Denna teknik bör utgöra en naturlig komponent i den vardagliga omvårdnaden, även om dess plats ur strikt vetenskaplig synvinkel inte är fullständigt belyst.

Psykologiska aspekter är också viktiga. Smärtupplevelsen vid nociceptiv och neurogen smärta kan reduceras även med psykologiska metoder. Trygga relationer inom och utanför sjukhuset samt en god vårdorganisation bidrar här gynnsamt. Patienten ska alltid informeras noga om smärtanalysens resultat och om den planerade behandlingen. Det är viktigt att patienten själv är med och bestämmer om behandlingen. För att detta ska fungera måste patienten ha kunskap om smärtfysiologi och möjliga behandlingsmetoder. Även svårt sjuka människor kan oftast ta emot sådan information. Rekommendera gärna [1177 om smärta!](#) Om patienten beslutar att avstå från delar av behandlingen måste detta respekteras. Det första målet för behandlingen bör vara smärtfrihet i vila. Detta mål kan uppnås hos nästan alla. Smärtfrihet vid förflyttning och belastning är inte lika lätt att åstadkomma. Hjälプ därför patienten genom att sätta upp realistiska mål och delmål!

## ***Behandling av nociceptiv smärta***

### **Läkemedel**

Läkemedelsbehandlingen inleds med läkemedel som minskar inflödet av smärtsignaler till CNS. Vid nociceptiv smärta är det paracetamol och coxhämmare som är aktuella. Vid muskelspasm kan bensodiazepiner ge god smärtlindring. Läkemedel ur denna grupp bör i övrigt användas endast då anxiolytisk eller sedativ effekt önskas. Bensodiazepiner saknar analgetisk effekt.

### ***Paracetamol***

Eftersom paracetamolbehandling innebär mycket liten risk för biverkningar bör doseringen redan initialt vara maximal - för de flesta vuxna 1000 mg var 4:e timma dagtid. Effekten ska utvärderas, helst med VAS/NRS! Vid utebliven effekt ska läkemedlet sättas ut. Många patienter kan ha glädje av paracetamol som ett läkemedel vid behov, lämpligt mot feber, huvudvärk, tandvärk mm. Underhållsbehandling med kombinationen paracetamol/coxhämmare används ofta även om den vetenskapliga grunden för detta förfarande är svag. Kombinationen innebär för patienten ett intag av många tabletter - vanligen minst nio per dygn. Om varje preparat utvärderas för sig undviks onödig polyfarmaci. Patienter som redan använder paracetamol i full dos kan om de så önskar prova att sluta helt, och utvärdera om det blir skillnad ur smärtsynpunkt. Det finns [studier](#) som visar att många patienter i palliativ vård behandlas med paracetamol i onödan.

### ***Coxhämmare***

Vid skelettrelaterad smärta kan effekten av coxhämmare ibland vara mycket god. En lång rad olika medel finns tillgängliga, t ex ibuprofen, naproxen m fl. cox-2 selektiva läkemedel, t ex celecoxib, ger mindre risk för ulcus, men är i övrigt inte bättre än övriga coxhämmare. Ett alternativ värt att pröva kan vara ketorolac (Toradol<sup>®</sup>), som endast kan ges parenteralt (I FASS anges inte sc, men det fungerar och används internationellt), intermittent eller som kontinuerlig sc infusion. Det kan ofta utgöra ett bra alternativ till morfin (eller annan opioid) som extrados vid smärtgenombrott till de patienter som står på underhållsbehandling med morfin. Fördelen är mindre tendens till konfusion. Dygnsdosen bör begränsas, vanligen till max 60-90mg.

### ***Opioider***

I de fall paracetamol och/eller coxhämmare har otillräcklig effekt ska behandlingen kompletteras med opioider. Opioiderna kodein och tramadol har bland sina farmakologiska egenskaper en övre dosgräns, takeffekt. Passeras denna gräns upplever patienten inte ökad smärtlindring. Alla opioider ger i större eller mindre utsträckning toleransutveckling. Dessa förhållanden tillsammans leder till att behandling med kodein

och tramadol är effektiv endast under en begränsad tid, olika för varje individ. Det kan röra sig om veckor till månader. Efter denna tid avtar den smärtlindrande effekten även om dosen höjs. Vid cancer kan ofta en lång smärtduration förväntas. Detta talar för att tramadol och kodein bör undvikas till förmån för morfin och jämförbara opioider.

### ***Morfin***

Morfin ges i första hand som tabletter. Vid peroral medicinering är den biologiska tillgängligheten synnerligen varierande mellan individer (15 - 65%). Detta innebär att lämplig doseringen måste prövas ut individuellt. Underhållsbehandling med slow-releasepreparat (Depolan<sup>®</sup>/Dolcontin<sup>®</sup>) inleds med en försiktig dos för att minska risken för biverkningar. Personer under 70 år som inte underhållsbehandlas med någon opioid (opioidnaiva) inleder med 10mgx2. Äldre patienter inleder lämpligen med 5mgx2.

Välj en dubbelt så hög startdos om

- patienten redan behandlas med en opioid. (T ex tramadol eller kodein) Då föreligger redan en viss tolerans.
- patienten tidigare fått morfin parenteralt och då inte fått biverkningar. Leta i journaler och notera doser och uppgiven effekt!
- patienten är stor och har ett gott allmäntillstånd.

Välj en lägre startdos om

- patienten rapporterar mycket illamående eller konfusion efter tidigare opioidbehandling.
- patienten har gallbesvär i anamnesen.
- patienten har nedsatt njur- eller leverfunktion.
- patienten är svårt medtagen av sin grundsjukdom.
- patienten har ett latent illamående.
- patienten är dement eller konfusionell.

Förutom ordination av grunddos ska patienten ha möjlighet att få extradoser redan från början. 1/6 dygnsdos är ett riktvärde. Exempel: om underhålldosen är 30mg x 2 ska dosen vid smärtgenombrott vara 10 mg. Patienten och sjuksköterskan ska fritt kunna välja mellan oral och parenteral extradoser. Eftersom morfin har en nedsatt resorption i tarmen ska den parenterala dosen vara ungefär hälften av oral dos. De första dygnen ska dosen justeras till den dos som ger effekt utan besvärande biverkningar. Dosen omprövas fortlöpande med ledning av VAS/NRS. Sjuksköterskan gör en omvårdningsplan med rubrik "smärta" och samråder fortlöpande med patienten om effekt och bieffekter. Utvärderingen och dosjusteringen blir samtidigt ett led i sjuksköterskans utbildning av patient och närstående. Ett vanligt mål är att patienten framgent ska känna trygghet att själv modifiera morfindosen. De första dygnen med Depolan<sup>®</sup>/Dolcontin<sup>®</sup> måste tillförda extradoser noteras för att grunddosen ska kunna finjusteras. Detta sker helst genom beslut av patienten. Ofta behövs dock ett samråd med sjuksköterskan.

### *Oxykodon*

Oxykodon uppvisar betydligt mindre variabilitet mellan individer vad beträffar biotillgänglighet. Det innebär att de flesta patienter kan inleda behandling med 10mgx2 utan att det därefter behövs täta dosjusteringar. Se i övrigt råden ovan beträffande morfin! När det gäller effekt och biverkningsrisk föreligger det en stor likhet med morfin. Vid kvarstående njursvikt är oxykodon dock ett säkrare val.

### *Fentanyl*

Transdermalt administrerat fentanyl innebär en alternativ administrationsväg för de patienter som inte kan ta opioider per os (t ex på grund av kräkningar, ileus o.s.v.) eller för de patienter som kan förväntas få svårigheter att ta morfin per os inom en nära framtid (t ex hotande ileus). Medlet har genom sin höga biotillgänglighet en något mindre benägenhet att ge obstipation än morfin. Var uppmärksam på att fentanyl interagerar med flera läkemedel som används i palliativ vård. Samtidig tillförsel av flukonzol eller midazolam kan medföra högre koncentration och effekt av fentanyl, dock sällan med allvarliga konsekvenser. Varm hud under plåstret (solning, feber) leder också till högre effekt.

### *Hydromorfon*

I de fall patienten behöver stora volymer opioid subcutant kan hydromorfon (Palladon<sup>®</sup>) vara ett bra alternativ. Det finns i koncentrationerna 10, 20 och 50mg/ml som är ca 5,10 respektive 25 gånger mer potenta än morfin.

### *Metadon*

Metadon används idag huvudsakligen i de fall patienten uppvisar en mycket stor toleransutveckling mot andra opioider vilket leder till så stora doser att administreringen blir besvärlig. Vid neurogen smärta kan metadon ibland ha bättre effekt än övriga opioider. I palliativ vård är metadon ofta aktuellt vid smärta relaterat till tumör i övre del av buken, eftersom det i dessa fall ofta finns en neurogen smärtkomponent på grund av tryck mot plexus celiacus. Metadon elimineras ur kroppen mycket långsamt, och dosjusteringar ger effekt först efter flera dygn. Metadonbehandling fordrar därför alltid nära samverkan mellan patient/närstående och vårdteam med vana vid metadonterapi.

### *Ketobemidon*

Ketobemidon (Ketogan<sup>®</sup>) har enligt tillgängliga data inga aktiva metaboliter. Det utgör därför enligt svensk behandlingstradition ett tänkbart val vid bestående njursvikt. Ketobemidon uppvisar inte i övrigt några vetenskapligt verifierade fördelar jämfört med morfin.

## Biverkningar av opioider

Mot opioidinducerad *förstoppning* utvecklas inte tolerans. Laxermedel (t ex makrogol eller Cilaxoral<sup>®</sup>) som motverkar förstoppning måste tillföras fortlöpande. Ett alternativ är naloxon/motsvarande (Moventig<sup>®</sup>, Relistor<sup>®</sup>) som dock inte påverkar andra orsaker till förstoppning. Oxykodon med fast kombination med antidot (Targiniq<sup>®</sup>) fungerar väl, men bör inte ges i högre doser än 80mg x 2.

*Illamående* förekommer inledningsvis hos några patienter. Illamåendet har karaktären av sjösjuka, är oftast övergående och motiverar information och ordination av antiemetika vid behov (ex Postafen<sup>®</sup>). *Trötthet* är vanligt i behandlingens början. Den klingar vanligen av inom några dagar. *Konfusion och hallucinationer* är ofta ett tecken på överdosering, att dosen ökas för snabbt eller att plasmakoncentrationen växlar. Om dosminskning inte hjälper kan neuroleptika (t ex haloperidol) läggas till. I vissa fall kan byte av administrationsväg (ex läkemedelspump) eller opioid lösa problemet.

*Andningsdepression* förekommer inte vid underhållsbehandling med opioider om doseringen är anpassad till smärtlindrande effekt, men i akuta lägen där både extradoser av opioider och bensodazepiner givits kan andningen bli påverkad. Då måste patienten övervakas och uppmanas att andas. Eventuellt kan naloxon behövas för att reversera opioideffekten. *Yrsel, muntorrhet, svettningar, gallvägsdyskinesi, urinretention, klåda, myoklonier* mm är mindre vanliga biverkningar.

Vid behandlingsstart ska läkaren informera patienten om förväntad effekt och tänkbara biverkningar. Informationsbroschyr (se bilaga) ska alltid lämnas till patienten. Betona att behandlingen kan avslutas även efter lång tid om smärtorna försvinner. Berätta också att dosen kan ökas utan begränsning.

Läkaren ska således

- besluta vilken startdos patienten ska ha,
- vilken biverkningsprofylax som ska ges,
- komma överens med sjuksköterskan hur dositering ska genomföras och
- delegera till sjuksköterskan att inom givna ramar ändra doseringen.

## Övrig terapi

Även hos svårt sjuka patienter bör möjligheterna av kausal terapi undersökas. Det kan gälla kirurgiskt ingrepp för att reducera tumörmassa, amputation, artrodes, tenotomi mm. Specifika neurokirurgiska ingrepp kan övervägas då konventionell farmakologisk behandling sviktar. Särskilt stor framgång märks vid väl avgränsade smärtor som begränsar sig till ena kroppshalvan. Smärtkirurgi innebär ju att patienten måste komma till neurokirurgisk avdelning. Därför bör sådana åtgärder diskuteras i ett relativt tidigt skede och knappast då patienten endast har en kort förmodad överlevnadstid framför sig.

Strålterapi är ofta effektiv vid smärta orsakad av cancer. Det gäller inte bara vid metastasering till skelettet. Strålbehandlingens eventuella biverkningar samt olägenheterna av sjukhusvård måste vägas in. Hormonterapi (vid hormonberoende cancerformer) liksom steroider bör övervägas. Fysioterapi samt utprovning av TENS är ofta bra. Akupunktur vid svåra långvariga smärttillstånd kan försökas. Möjligheten att få god effekt av akupunktur vid cancerrelaterad smärta har dock beskrivits som begränsad.

### ***Farmakologisk behandling av neurogen smärta.***

Vid neurogen smärta utgör tricykliska antidepressiva (Saroten<sup>®</sup>) vanligen förstahandsval vid farmakologisk behandling. Detta gäller framförallt om smärtan är kontinuerlig till sin karaktär. Vid utstrålade, plötsliga, explosiva eller blixtrande sensationer bör antiepileptika såsom gabapentin eller pregabalin (Lyrica<sup>®</sup>) väljas som förstahandsval. Doseringen och behandlingens inledning överensstämmer med epilepsibehandling, se FASS. Vid pregabalin/gabapentinbehandling bör benägenheten för trötthet och psykiska biverkningar uppmärksammas. Inled gärna behandlingen med 50mg (pregabalin) eller 100-300 mg (gabapentin) till natten, utvärdera och öka gradvis. Doser över de i FASS rekommenderade kan i vissa fall erfordras. Behandling med antiarytmika, ketamin, klonidin mm bör endast genomföras i samråd med smärtspecialist. Intratekal kontinuerlig tillförsel av bupivacain, ofta i kombination med morfin, är i de flesta fall en effektiv metod i de fall enkla åtgärder har otillräcklig effekt.

### ***Celiakusblockad, intratekal blockad***

Vid tumör i övre delen av buken kan celiakusblockad ofta vara av stort värde. Blockaden kan göras peroperativt, laparoskopiskt eller percutant i röntgengenomlysning. Effekten är ofta god, durationen dock begränsad (månader). Blockader är i övrigt sällan aktuella vid cancerrelaterad smärta. Kontinuerlig tillförsel av bedövningsmedel och opioider till ryggmärgen med epidural eller spinal teknik innebär i de flesta fall en mycket effektiv smärtlindring. I de fall övriga smärtbehandlingsmetoder visat sig ineffektiva ska samråd alltid etableras med anestesilog för bedömning inför eventuell spinal behandling.

### ***Psykogen smärta***

Vid behandling av svår kronisk smärta utan bakomliggande svår organisk sjukdom inriktas behandlingen bland annat på att reducera ogynnsamma psykiska förhållanden och stärka motsvarande friska. Vid svår organisk sjukdom finns också många psykologiska moment inblandade. Smärtan utgör ett direkt hot mot patientens liv eller åtminstone en påminnelse om sådant hot. Existentiella frågor om livets mening, lidandets mening mm träder under stundom i förgrunden. Sociala problem kring familj, arbete, ekonomi mm kan vålla plågor. En adekvat helhetssyn på patientens smärta kräver ofta att även dessa aspekter lyfts fram. Ofta visar sig läkemedel inaktiva för att stödja patienten när det gäller den psykogena smärtkomponenten. I de fall depression kan iakttas bör dock

antidepressiva provas. Regelbundna samtal med vårdpersonal, kurator, psykolog eller person från kyrkan kan hjälpa patienten oerhört mycket. Dessa samtal syftar till att göra patienten medveten om att den totala smärtupplevelsen även kan ha en psykogen komponent. Medvetenheten kan sedan följas av en träning i att kontrollera och acceptera tillståndet. Avspänningsövningar och taktil stimulering kan ofta vara värdefulla komplement.

### **3. Illamående**

Cirka en tredjedel av döende cancerpatienter besväras av illamående. Några av dessa har kontinuerliga obehag vilket är mycket plågsamt. Andra har dagliga kräkningar som inte föregås av illamående. Detta är oftast inte lika besvärande för patienten. För att kunna erbjuda symptomkontroll måste illamåendets orsak sökas.

#### ***Fysiologi***

I förlängda mären, nära vaguskärnorna, finns kräkcentrum. Här mottas impulser från balansorganet, mag-tarmkanalen, hjärnbarken och från kemoreceptorzonen i blodkärl i botten av fjärde ventrikeln. Cellerna här ligger utanför blod-hjärnbarriären. Illamående kan således uppkomma till följd av flera olika tillstånd. En emotionell komponent finns alltid. Dessutom leder obehandlat illamående genom direkta nervkontakter med limbiska systemet ofta till ångest.

#### ***Klinik***

Illamående kan orsakas av läkemedel såsom digoxin, opioider, parkinsonläkemedel, cytostatika, hormoner mm. Mag-tarmkanalen kan vara obstruerad av tumör eller av förstoppning. Patienten kan ha ulcus, infektion i tarmen, påverkan på lever och gallvägar, abscess eller infektion i urinvägarna mm. Strålbehandling ger ibland övergående illamående. Hypercalcemi och uremi ger ofta illamående. Förhöjt intrakraniellt tryck eller andra processer som engagerar hjärnhinnorna leder ofta till illamående. 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 mm ökar benägenheten att må illa.

#### ***Behandling***

Kausal terapi bör eftersträvas och är ofta möjlig. Läkemedelsbehandlingen bör omprövas. Digoxinöverdosering? För snabb dosökning av morfin? Observera att illamåendet av opioider i de flesta fall försvinner efter ca en veckas kontinuerlig behandling. Enstaka personer har dock ett kvarstående illamående. Om ingen annan orsak till illamåendet kan finnas kan det bli nödvändigt med underhållsbehandling med antiemetika eller byte till annan opioid. Vid symptom från buken måste förstoppning uteslutas. Primperan<sup>®</sup> kan ha

en god effekt vid motilitetsstörning i tarmen, och påverkar dessutom kemoreceptorzonen. Bukoperation eller anläggande av sond, stent eller fistel kan i vissa fall vara det lämpligaste. Antibiotika kan vara indicerat. Svampinfektion kan ha illamående som huvudsymtom. Vid hypercalcemi bör patienten om möjligt hydreras. Zoledronsyra (Zometa<sup>®</sup>) är effektivt läkemedel. Vid uremi kan ofta diuretika, eventuellt i kombination med kostbehandling, vara tillfyllest. Uteslut urinretention! Vid hjärnödem bör kortison användas. Det kan även prövas vid andra fall av illamående där annan terapi sviktar. Hur kortison inverkar på illamående är inte känt.

I många fall får illamåendet angripas symtomatiskt. Antihistaminer och neuroleptika används mest. Exempel är Postafen<sup>®</sup> 25 mgx2, Haldol<sup>®</sup> 0,5-1 mgx2. En sådan profylaktisk behandling måste ofta kombineras med extradoser vb. Då är Primperan<sup>®</sup> sc eller Haldol<sup>®</sup> 1,25 - 5 mg sc lämpliga alternativ. Scopolamin kan hjälpa bra i vissa fall men följs av muntorrhet och ibland konfusion. Det ges i form av Scopoderm<sup>®</sup> plåster. Vid cytotostatikainducerat illamående är ondansetron förstahandspreparat. Det kan ofta ges som tabletter. Läkemedlet verkar på kemoreceptorzonen och har god effekt vid illamående även av annan toxinmedierad genes. Olanzapin som munlöslig tablett lindrar när inget annat hjälper. Vanligaste biverkan är trötthet som kan bli nästan outhärdlig om läkemedlet ges som underhållsbehandling mer än några dagar.

### **Omvårdnad**

De personer som har ett latent illamående på basen av ett organiskt fel har alltid en ökad benägenhet till psykiskt betingat illamående. Lugn vårdmiljö, regelbundna, inte för stora måltider, samt möjligheter att äta i en lämplig kroppsställning är viktiga behandlingsmoment. Vid förflyttningar ska alla rörelser vara lugna så att rörelsesjuka inte uppkommer. Samråd med patienten när det gäller illamående och dess behandling lönar sig alltid! Illamående är en plåga som nästan alltid går att lindra.

## **4. Matleda**

Nedsatt aptit är mycket vanligt hos döende människor. Ibland är det förenat med svår plåga eller snarast sorg. Målet i palliativt perspektiv är att minska plågan, inte nödvändigtvis genom återskapad aptit - vilket ofta visar sig omöjligt. Det innebär att patientens näringstillstånd och kroppsvikt endast sällan är det primära. Läkaren bär ansvar att bedöma när det katabola skede i sjukdomsförloppet inträtt då trötthet och allmäntillstånd inte längre påverkas av näringsintag. Före denna tidpunkt 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.

## **Fysiologi**

Receptorer i anslutning till hungercentrum registrerar glucosbrist vilket leder till hungerkänsla. Den betydelse hypoglykemi har för hungerkänslan avtar dock efter nyföddhetsperioden och har för vuxna en underordnad roll. Också en lång rad andra faktorer leder till hunger. Av största betydelse är vanor, betingning, dofter, smak mm. Hungern kan försvinna vid överskott på glucos, men också vid uttänjning av magsäcken. En lång rad psykologiska faktorer kan hämma hungerkänslan. Toxiner från tumörceller, bakterier och virus kan effektivt blockera hungern. Detaljerna i detta komplexa system är ännu ofullständigt kartlagda.

## **Analys**

En bedömning av nutritionsstatus bör alltid ingå när svårt sjuka människor möter sjukvården. Hos döende patienter är upplevelsen av dåligt näringsintag det viktigaste. Fråga om patienten själv är nöjd med sitt näringsintag. Om det finns problem, fråga efter patientens uppfattning om orsaken. Lagg tyngdpunkten vid detta och inte på kroppsvikten. Fråga gärna efter kostvanor tidigare i livet.

Undersök om det finns svampinfektion i munhålan, tecken till magsår eller dyspepsi, förstoppning, smärtor vid sväljning, hypercalcemi, rubbad elektrolytbalans mm. Se över medicineringen. Flera läkemedel kan försämra aptiten, t ex digitalis, statiner.

## **Behandling**

Information om ämnesomsättningen i en kropp som allt mer påverkas av t ex cancer är kanske den viktigaste behandlingen. 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 förmår ta upp näring. Informationen ska erbjudas såväl patienten som de närstående.

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, porslin, servetter, haklappar mm. 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 i några fall senarelägga den tidpunkt då patienten inte längre kan tillgodogöra sig näring. Det är i vissa fall lämpligt att göra ett behandlingsförsök. Värdera risken för biverkningar och gå in med en relativt hög dos kortison, utvärdera effekten inom några dagar och därefter eventuellt trappa ner dosen. Kortison bör sättas ut så snart det inte längre har effekt.

Megestrol (Megace<sup>®</sup>), som är ett läkemedel med progesteronliknande metabola effekter, har visat en viss effekt vid matleda vid några olika cancerformer. I allmänhet är det mycket få biverkningar. Behandlingen bör avbrytas om patienten inte upplever effekt inom 10-14 dagar.

### ***Utvärdering***

Utvärderingen sker fortlöpande i den dagliga omvårdnaden. Bedöm om patienten plågas av matleda och fokusera så lite som möjligt på näringsintaget. Vägning av patienten får endast förekomma om patienten vill eller om det finns en tydlig medicinsk frågeställning, t ex vätskeretention, hjärtsvikt eller liknande. Eftersom dialogen med de närstående är minst lika viktig som omvårdnaden av patienten måste även de närståendes förståelse utvärderas, informationen upprepas och tröst erbjudas.

### ***Dokumentation***

Läkaren bör i journalen dokumentera när nutrition inte längre kan bedömas påverka kvarvarande livslängd. Sjuksköterskan dokumenterar anamnes och därefter fortlöpande hur näringsintaget fungerar och vad patienten upplever.

Matleda kan för enstaka döende innebära svår plåga. Den kan leda till konflikter med de närstående och omöjliggöra vård i den egna bostaden. Relativt enkla insatser med information och god omvårdnad kan i de flesta fall reducera plågan avsevärt.

## **5. Andnöd**

Känslan att inte få luft är svår att beskriva. Bland cancerpatienter förekommer andnöd inte så ofta. Det är mest när sjukdomen engagerar lungorna som dyspné uppkommer.

### ***Fysiologi***

Andningscentrum får information från en rad håll och påverkar i sin tur muskulaturen i thorax och högre centra i hjärnan. Den vanligaste orsaken till andnöd vid cancer är ökat vävnadstryck i lungorna. Tryckreceptorerna som reagerar på detta ökade tryck finns i lungornas minsta blodkärl och reagerar snabbast på ökat tryck i blodkärlen, men även på generellt ökat tryck i vävnaden. Vanliga orsaker är tumör, atelektas, vätska i lungsäcken, infektion, hjärtsvikt och lungemboli. Skador i thorax 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.

### ***Analys***

Cancerpatienten kan ha metastaser i lungorna. Ta aldrig för givet att dessa förorsakar

dyspné. Be patienten beskriva sin upplevelse. Korrelation med ansträngning, kroppsställning, läkemedelsintag? Hur debuterade andnöden? Vad tror patienten om orsaken? Gör därefter kroppsundersökning. Finns dämpning, leverförstoring, instabilitet i thorax mm? Överväg röntgen inklusive thoraxskelett samt blodgasanalys.

## **Behandling**

Försök i första hand kausal terapi. Infektioner, svikt, obstruktivitet och smärta går nästan alltid att behandla. Vid pleuravätska kan tappning utföras. Informera patienten om att tappning har för- och nackdelar och att andra behandlingsalternativ kan finnas. Vid uttalad tendens till symtomgivande pleuravätska kan artificiell pleurodes genomföras. Detta bör utföras av någon med vana, under noggrann smärtbehandling, eventuellt genom intercostalblockader.

Vid hypoxi kan syrgasbehandling hjälpa. Observera dock att hypoxi är ovanlig som orsak till andnöd! Syrgas bör helst inte ges kontinuerligt och behandlingen bör om möjligt ha ett tydligt uttalat mål. Att leva med syrgas på obestämd tid är psykologiskt mycket belastande. I de få fall där syrgas faktiskt ger god lindring bör patienten informeras om möjligheten till syrgas i hemmet med syrgaskoncentrator. Lungklinikerna brukar ofta vara samordnare för hemsyrgasbehandling.

I det system med tryckreceptorer med impulser till hjärnan som oftast förorsakar dyspné, finns sannolikt opioidreceptorer perifert i lungvävnaden. Vid aktivering minskar andnöden. Observera att det inte är morfinhämning av andningscentrum som eftersträvas! Risken för farlig andningshämning vid morfinbehandling av dyspné finns bara de första dygnet. Därefter är receptorfunktionen i andningscentrum toleransutvecklad så att överdosering endast mycket sällan påverkar andningen. Morfin tillförs på samma sätt som vid smärtterapi. Ofta är en låg underhållsdos tillfyllest. Extradoser sc eller iv är nödvändiga för full behandlingseffekt.

God omvårdnad är av stor vikt vid dyspné. Lugn och god tid är nödvändiga komponenter. En fläkt kan ibland ge en lindrande vind mot ansiktet, vilket många uppskattar. Effekten är [vetenskapligt säkerställd!](#) Sjukgymnast och arbetsterapeut kan hjälpa patienten att hushålla med sina krafter, hitta en god sitt- och liggställning mm. Föreställningen att livet ska ta slut med kvävning är fasansfull och oftast felaktig. Informera patient och närstående fortlöpande om tänkbara behandlingsalternativ och att morfin alltid brukar hjälpa. Andnöd går att lindra.

## **6. Förstoppning**

Friska människor besväras sällan av tarmproblem. Svårt sjuka plågas däremot ofta av förstoppning. Det innebär lidande och risk för allvarliga komplikationer. Förstoppning bör förebyggas. Kunskap hos patient, personal och närstående är mycket viktig!

## **Fysiologi**

Mängden avföring, konsistens och intervall varierar med kostens innehåll, kroppens rörelser, vätskeförhållanden i kroppen mm. Rörelserna i tarmen regleras av autonoma nervsystemet och en egen styrningsmekanism i tarmväggens muskulatur. Samspelet är komplicerat och störs lätt. En avsevärd del av avföringen utgörs av avstötta celler från tarmen samt bakterier. Även den som inte äter något måste ha avföring!

Bland orsakerna till förstoppning hos svårt sjuka patienter märks:

- Nedsatt rörlighet/fysisk aktivitet
- Lågt fiberinnehåll i kosten
- Dehydrering
- Smärta vid toalettbesök
- Tumörer i buken som påverkar tarmfunktionen
- Urinretention och abscesser i lilla bäckenet.
- Läkemedel som minskar tarmens rörelser
- Neurologisk skada som försvårar tarmtömning

## **Analys**

Fråga om tarmfunktion tidigare under livet. Är tarmtömningen smärtsam? Finns adekvata hjälpmedel, t ex toalettstolsförhöjning? Gå igenom kost och medicinering. Vilka laxermedel har använts - fungerar de? Det viktigaste är att komma ihåg att fråga överhuvudtaget! Patienten säger inte ifrån förrän förstoppningen redan är ett faktum.

## **Behandling**

Förklara för patienten hur tarmen fungerar och vilka orsaker till förstoppning som är aktuella. Försök sedan att tillsammans komma fram till kostförändringar som kan vara lämpliga. Det gäller ofta att öka fiberinnehållet. Frukt fungerar ofta bra. Utnyttja tarmreflexer efter måltid och försök få till stånd ett toalettbesök efter frukost varje dag. Promenader, byte av position osv bör stimuleras. Öka vätsketillförseln om patienten är dehydrerad. Om laxermedel behövs bör de tillföras dagligen. Byt inte laxermedel för ofta. Patienter med stomi bör samråda med stomisjuksköterska om tömningen inte fungerar. Ökat vätskeintag, om patienten inte är dehydrerad, bidrar inte till bättre tarmfunktion eller bättre effekt av givna laxermedel!

Laxemedel skadar inte tarmen och beroende uppkommer inte i palliativ vård. Bulk laxativ (ex Inolaxol<sup>®</sup>) i pulverform kan ge upphov till uppkördhetsbesvär och bör undvikas om patienten inte har goda erfarenheter av dessa medel tidigare. Laktulos kan användas som komplement till övriga laxermedel men räcker sällan ensamt. Många svårt sjuka mår illa av laktulos, andra får besvär av gasspänning. Cilaxoral<sup>®</sup> är lätt att dosera och används därför mycket. Startdos kan vara 5 droppar varje kväll. Dosen ökas sedan gradvis med

mål att det ska komma avföring varje dag. Doser över 50 droppar, fördelade på 2-3 dostillfällen dagligen, är inte ovanliga! Om patienten får diarré bör dosen minskas. Undvik uppehåll i medicineringen! Makrogol (ex Omnilax<sup>®</sup>, Movicol<sup>®</sup>, Forlax<sup>®</sup>) fungerar oftast bra, och dosen kan höjas utan risk för obehagliga biverkningar. Tyvärr är smaken för många patienter en begränsande faktor.

### ***Utvärdering***

Ta för vana att fråga om förstoppning när annan symtombehandling utvärderas. Målet är att avföringen kommer lika ofta som då patienten var frisk. Få symtom är så plågsamma som förstoppning. Få symtom är så lätta att förebygga och så svåra att åtgärda.

## **7. Törst**

Många döende människor har den sista tiden ett minskat vätskeintag. Detta vållar ofta oro bland anhöriga och vårdpersonal. Behandling bör sättas in om det finns tecken till obehag hos patienten. Det är viktigt att skilja på behandling av intorkning, muntorrhet och törst.

### ***Fysiologi***

Törstcentrum i hjärnan reagerar på hyperosmolaritet och på snabb hypovolemi. Då saltkoncentrationen - främst natrium - stiger, eller vid massiva blödningar, går impulser till hjärnbarken varvid törstkänsla uppkommer. För att lindra törstkänslan dricker personen. Så snart drickandet startat blockeras törstkänslan för en stund via impulser från munhåla, matstrupe och magsäck. Denna mekanism skyddar organismen från övervätskning. En drickande person kan hinna dricka många liter vätska innan saltbalansen normaliserats. Detta skulle en stund senare leda till övervätskning och en livshotande rubbning i saltbalansen – det är därför de blockerande reflexerna finns. Blockeringen av törstcentrum från mun och strupe varar i 15-20 minuter varefter törsten återkommer om vätskebalansen inte normaliserats under tiden.

Törst kan också inträda till följd av psykologiska förhållanden, framförallt betingning. Vanor från tidigare del av livet kan leda till törstupplevelse om vanorna bryts av olika skäl. Även den reflektoriska hämningen vid drickande kan träda tillbaka av psykiska skäl.

### ***Analys***

Det är nödvändigt att fråga patienten om muntorrhet och törst. I de fall där kommunikationen är störd av afasi, konfusion eller liknande bör personalen utgå från att patienten kan känna törst och behandla efter det. Analys av eventuell intorkning kan innefatta undersökning av slemhinnor och hud, analys av elektrolytbalans mm.

## **Behandling**

I de fall det går att eliminera törstens orsak är detta att föredra. Det kan gälla behandling av svampinfektion i munnen, minskning av sådan medicinering som leder till förändrad osmolaritet, dehydrering eller muntorrhet samt andra riktade åtgärder.

Törsthämningen via receptorer i munnen kan utnyttjas för att lindra döende människors törst. Små mängder vätska tillförd med sked, sudd, isbitar, halva vindruvor mm flera gånger varje timma patienten är vaken lindrar effektivt. Det minskar dessutom muntorrhet och risken för svampinfektion i munnen.

Aktiv munvård leder ibland till att patienten får i sig all den vätska kroppen behöver, ibland en liter eller mer per dygn. Ofta har dock behandlingen ingen utsikt att korrigera eventuell intorkning. Om vätska tillförs via dropp eller sond måste obehagen och riskerna med en sådan behandling uppmärksammas. Det gäller då risken för smärtor, immobilisering, övervätskning och psykologiska olägenheter.

De flesta döende behöver inte dropp. Beslut om behandling måste grundas på kunskap om törstens fysiologi, den döendes hälsotillstånd samt insikt i döendets psykologi. Ibland finns det dock vinster med att behandla dehydrering. Det kan gälla hypercalcemi, intoxication av läkemedel eller läkemedelsmetaboliter, höga ureanivåer vid njursvikt, stora vätskeförluster vid kräkning eller diarré mm. Tidsbegränsad parenteral vätskebehandling är då lämplig. Om intravenös tillförsel inte föredras av patienten (t ex när patienten har en venport) bör subcutan infusion väljas i första hand. Samma nålar som används för kontinuerlig läkemedelsinfusion med pump kan användas (t ex Neoflon<sup>®</sup>) för att ge 500-1000 ml vätska per dygn. Endast klara vätskor utan kalium kan tillföras på detta sätt (kalium sc förorsakar smärta). Infarten inspekteras dagligen och nålen byts ut vid lokal irritation eller minst en gång per vecka. Nålen placeras vanligen på bröstkorgens framsida.

I de flesta övriga fall är enkla omvårdnadsmetoder fullt adekvata. Beslut ska fattas av läkare efter samråd med patienten. Anhöriga har inte rätt att besluta. De närstående ska dock informeras sakligt så att de kan bidra i omvårdnad och stöd till patienten. Misstro i dessa frågor beror nästan alltid på bristande kunskap och kommunikation.

## **8. Klåda**

Cancer leder ofta till klåda. Inte bara då levern är engagerad utan som uttryck för en generell toxisk påverkan. Minst lika ofta beror klådan dock på helt andra saker, framförallt torr hud och infektion. Upplevelsen av klåda påverkas också i hög grad av psykiska faktorer. För de flesta döende patienter kan klådan lindras och ofta försvinna helt.

## **Fysiologi**

Klåda utlöses via nervaktivering i epidermis. Det är inte känt om det finns specifika receptorer eller med vilka perifera nerver impulsen fortleds. Klåda kan inte utlösas från andra vävnader än epidermis. Sannolikt kan dock tryck eller annan membranskada på de nerver som fortleder impulsen som leder till upplevelse av klåda framkalla klåda utan perifer stimulering. Detta motsvarar den fysiologiska mekanismen bakom neurogen smärta.

Aktivering av perifera receptorer kan ske av endogena substanser som histamin eller av ämnen som påverkar huden utifrån. Ett exempel är toxin som förs in i huden vid kontakt med brännässlor. Hämningsmekanismer av klådimpulsen finns dels i huden, dels centralt.

## **Analys**

Klåda kan bero på en lång rad hudsjukdomar, läkemedel, metabola eller maligna sjukdomar samt psykiska faktorer. Analysen syftar till att gå igenom alla dessa faktorer. Har patienten haft klåda tidigare? Allergi? Hereditet? Läkemedelsförändringar nyligen? Tecken till nydebuterad diabetes, njursvikt, herpes zoster, leversjukdom, hypertyreos? Gör en noggrann kroppsundersökning! Finns andra hudsymtom, sekundära skador av rivning eller skabbgångar? Leta framförallt efter svampinfektion som kan ge klåda även långt från det rodnade området!

## **Behandling**

Åtgärder för att eliminera klådans orsaker är självklart det som i första hand ska eftersträvas. Parallellt bör symtomlindrande åtgärder sättas in. Det gäller bland annat att bryta den onda cirkel som ofta uppkommer till följd av rivning, med histaminfrisättning och ny klåda som följd. Patientens naglar bör vara mycket korta och huden behandlas med mjukgörande kräm. Beröringsimpulser kan i någon mån hämma klådans fortledning spinalt. Massage samt avtvättning med kyla i någon form hjälper - dock kortvarigt.

Det finns inga läkemedel som hjälper mot all klåda. Om det finns ett inslag av ökad histaminfrisättning i huden, som vid allergi t ex, hjälper antihistaminpreparat (ex Atarax<sup>®</sup>). Vid torr hud och eksem kan kortison lokalt hjälpa. Vid bältros och andra lokaliserade klådtillstånd kan lokalbedövning av huden vara effektiv (Emla<sup>®</sup>, Xylocain<sup>®</sup>, Versatis<sup>®</sup>). Vid leversjukdom kan kolestyramin (Questran<sup>®</sup>) eller kolestipol (Lestid<sup>®</sup>) minska klådan. De bör doseras med en dos före och en dos efter frukost då gallsaltutsöndringen till tarmen är som störst på morgonen. Dessutom ytterligare ett par doser under dagen. Klåda vid levercirrhos kan kräva andra typer av behandling t ex stent. [Ondansetron](#) kan i vissa fall lindra klåda.

I en del fall måste hudspecialist eller invärtesmedicinare konsulteras.

## 9. Konfusion

När hjärnan utsätts för så stora krav att tankeförmågan och förankring i tid och rum sviktar används termen 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 lagts upp. Glöm dock inte att konfusionen ofta är helt utan plågor för den drabbade!

### ***Fysiologi***

Konfusion ska alltid ses som diskrepans mellan vad som krävs av hjärnan och vad hjärnan i en viss situation klarar. Hos döende kan nedbrytningsprodukter från kroppen som sviktande njurar och lever inte förmår 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 vid uppvaknandet eller när smärta och illamående blockerar all koncentration är inte tecken på konfusion. Det krävs ett samtal i lugn situation. 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. Kan något sättas ut? Värdera inte bara tänkbara psykiska biverkningar (psykofarmaka, antiepileptika, antiparkinsonmedel, centralt verkande analgetika, digitalis mm) utan även tendens till försämrad cerebral cirkulation (blodtrycksmediciner, diuretika mm). Överväg reducerad dos om läkemedlet inte kan tas bort helt. Kan doseringen ske på ett jämnare sätt för att minska blodkoncentrationstoppar?

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. Se ovan! Förbättrad nutrition, vätskebalans och syretillförsel kan ibland vara värdefullt.

Vid morfinbehandling förekommer konfusion som en relativt vanlig biverkan. Tolka den som ett tecken på att dosen höjts för snabbt eller att koncentrationen varierar för mycket under dygnet. Ibland leder kontinuerlig parenteral infusion till att konfusionen försvinner.

Om detta inte hjälper fullt ut kan läkemedel minska de plågor konfusionen kan leda till. Medicinerna leder sällan till att patienten klarnar till - det handlar om att minska ångest och plågsamma tankar. Det gäller framförallt neuroleptika (Haldol<sup>®</sup>) som vid uttalad oro kan kombineras med midazolam. Denna behandling kan leda till att konfusionstendensen minskar varför ett väl utvärderat behandlingsförsök ofta kan vara motiverat. Värdera noga om patienten är plågad eller ej. Om det är de närstående som plågas får stödande åtgärder erbjudas dessa.

### ***Utvärdering***

Följ patienten med regelbundna samtal. Utvärdera varje insatt åtgärd och vänta! Hos äldre kan tiden för återhämtning vara lång! Ge de närstående stöd. Det kan vara mycket tungt att följa sin närmaste den sista biten av livet utan att kunna nå en klar och redig kontakt.

## **10. Hicka**

Hicka är ett ovanligt symtom vid cancer. Det förekommer framförallt som ett uttryck för tumörutbredning i mediastinum, diafragma eller CNS. Även toxiner kan öka risken för hicka (t ex alkohol, urea). Hickningen styrs från en del av autonoma nervsystemet beläget i mitten av cervikala ryggmärgen. Hicka kan utlösas vid stimulering av nervus vagus och nervus phrenicus, den nerv som styr diafragmas motorik.

### ***Analys***

Om hicka framstår som ett problem för patienten bör orsaken fastställas. Tumörutbredning i anslutning till diafragma eller mediastinum? Funktionella problem med tömning av magsäcken? Hiatusbräck – reflux? Infektion eller abscess i anslutning till diafragma eller mediastinum? Uremi? Fråga patienten om det tidigare i förekommit hicka, och om orsaken då varit känd, om relation till mat och dryck, kroppsposition osv.

### ***Behandling***

Behandla hickans orsak om den är känd och behandlingsbar: onkologisk behandling för att påverka tumörvolym/tumörtryck, V-sond vid ventrikelretention, omeprazol vid reflux, antibiotika/dränage vid infektion.

Symtomatiskt kan hicka behandlas genom att nervus 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.

Bakre svalgväggen kan stimuleras med sugkateter som förs in via mun eller näsborre på samma sätt som vid införande av V-sond. Katetern förs in i näsan ca 10 cm, därefter förs den fram och tillbaka.

Nedsväljning av en *tesked strösocker* kan ge motsvarande stimulering av bakre svalgväggen.

Nedsväljning av *iskallt vatten, knäckebröd eller krossad is*.

Nedsväljning av *bedövningsvätska* (ex lidokain gurgelvatten 5mg/ml)

En autonom nervgren nås via *hörselgången* och kan blockera med bedövningsgel (ex 2% Xylocain<sup>®</sup>)

Läkemedel som blockerar reflexen centralt kan prövas. Flera preparat används, förutom ett par studier på baklofen saknas tyvärr vetenskapliga studier. Haloperidol (Haldol<sup>®</sup>) 1-3mg 3 gånger dagligen och baklofen (Lioresal<sup>®</sup>) 5-10 mg 2 gånger dagligen kan försökas. Baklofen anses inte ha bra akut effekt, men minskar vid underhållsbehandling risken för recidiv av hickan. Även metoklopramid (Primperan<sup>®</sup>), karbamazepin (Hermolepsin<sup>®</sup>), ketamin (Ketalar<sup>®</sup>) mm har föreslagits i litteraturen.

## 11. Ångest

Enligt Bra Böckers lexikon 1982, är ångest ”en känsla av rädsla, olust eller skräck utan att man upplever något yttre hot.” Hos döende människor kan ibland en sådan känsla märkas. Oftare är det nog snarast ”rädsla” eftersom orsaken ofta är uppenbar för patienten. Bland de närstående och hos vårdpersonal och människor långt från döden märks också ångest och rädsla inför döden - kanske oftare ju mer avlägsen döden förefaller.

### ***Fysiologi och uppkomstmekanismer***

Ångest och rädsla upplevs i hjärnbarken men innehåller även många omedvetna samband där stora delar av hjärnan är engagerade. Smärta, andnöd och illamående är exempel på symtom som i varierande grad leder till ångest. Rädslan och ångesten i sin tur leder till kroppsliga yttringar som snabbare andning, puls- och blodtrycksökning, insomningssvårigheter ökad muskeltonus mm. Dessa samspel kan leda till onda cirklar med ökade symtom och ökad ångest.

### ***Kroppsliga 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, bland annat ångest. Abstinens orsakad av avbruten tillförsel av alkohol eller lugnande tabletter kan leda till ångest, kanske utan att patienten själv är medveten om sambandet. Vissa läkemedel kan i sällsynta fall leda till ångest, ofta som uttryck för överdosering (parkinsonläkemedel, opioider mm).

## **Ångest vid psykisk sjukdom**

Vid affektiv sjukdom såväl som vid neuroser och andra långvariga psykiska sjukdomstillstånd kan ångest understundom vara ett framträdande och plågsamt symtom. Det är inte vanligt att allvarlig psykisk sjukdom debuterar just i livets slutskede. I de fall det förekommer ska diagnos och behandling i görligaste mån 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 trappstegsvis ned till passivt varande utan synbar mening. Medvetenheten 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.

### **Rädslan 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. Mest är det frågor; ingen tycks finna svaren. Ibland går tankarna runt och i deras kölvatten kommer ångesten. Det tycks vara omöjligt att förutse vem som drabbas av ångest i livets slutskede.

Ibland har de svåra tankarna en religiös prägel. Hur kan Gud tillåta att just jag ska lida? Varför svarar Gud inte på mina böner? Hur ska det gå för mig efter döden? Finns det en himmel och ett helvete - och vart går jag? Frågorna kan vara tydliga men också diffusa. Religionens språk är så oprövat för många.

### **Social ångest**

Hur ska det gå för mina kära 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, ångesten finns kvar. Relationerna med de närstående kanske var ansträngd, avgöranden sköts på en obestämd framtid. Nu måste vi tala igenom det och det. Men orkar jag?

## **Analys**

Samtal är det självklara hjälpmedlet för att förstå. Försök erbjuda tillfällen till samtal när ångesten syns. Den som är nära då har den bästa förutsättningen. Samtal innebär egentligen mest att lyssna. Skjut in frågor, ledtrådar, bekräftelser. Försök inte svara på alla frågor, 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 av ångest**

Om ångest är ett plågsamt symtom är målet att lindra. Men ångest är en del av livet. Att eliminera den totalt kan inte vara vårdens mål. Analys och erbjudande om behandling är alltid rätt. Men patienten måste besluta om han vill ha hjälp eller inte.

## **Samtal**

Det samtal som först har som mål att analysera kan också tjäna som behandling. Det betyder inte att lyssnandet är oviktigt, tvärtom. Att dela sina ängsliga tankar med någon minskar plågan. Men det kan vara ett tungt arbete. Sätt som mål att inte samtala för länge. Erbjud en fortsättning vid ett senare tillfälle. Om frågorna handlar om sådant som du inte förstår bör patienten erbjudas samtal med någon annan - läkaren eller prästen eller kuratorn t ex.

## **Försvarsmekanismer**

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

Den döende människan förnekar/skjuter undan ibland vad som håller på att ske. Ilska kan vara en annan reaktion. Ibland finns en längtan att förklara och förstå, resonemanget 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 strategierna.

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 ångest. De flesta medför trötthet vilket begränsar användningen. Se inte läkemedlen som ersättning för mänsklig kontakten och lyssnande.

Läkemedel ur gruppen benzodiazepiner är ofta lämpligast men antidepressiva och neuroleptika kan ibland komma i fråga. Vid svår ångest där andra åtgärder saknar effekt kan kortverkande benzodiazepin ges parenteralt. Midazolam (Dormicum<sup>®</sup>) 1,25 mg sc kan vara en lämplig inledning. Om effekten är otillräcklig upprepas dosen efter 20 min följt av ny utvärdering och eventuellt ytterligare doser. När eftersträvd effekt uppnåtts noteras den sammanlagda dos som givits. Den dosen kan sedan användas som riktvärde vid förnyad behandling. 5-7,5 mg räcker ofta. Antidot (Lanexat<sup>®</sup>) bör finnas tillgänglig om risken för överdosering bedöms som stor. Midazolam kan även tillföras kontinuerligt med läkemedelspump. Behandlingen omprövas dagligen, och den dos som ger god effekt och minsta möjliga vakenhetspåverkan eftersträvas.

### ***Förebyggande åtgärder***

Kontinuitet i hela vårdkedjan, skickligt förmedlad information, samarbete med patient och närstående under hela sjukdomsförloppet och lyhördhet för alla pågående symtom minskar risken för ångest under livets sista tid. Rädslan för den oundvikliga döden behöver inte vara större hos den som drabbats av sjukdom än hos alla friska. Det häpnadsväckande är att så många döende är fria från rädsla och ångest.

## **12. Andlig smärta**

När livet hotas och tanken på den egna döden inte låter sig trängas undan väcks hos många frågor som tidigare under livet förefallit oviktiga. Varför föddes jag och varför ska jag dö? Finns det något bortom döden? Kommer jag att ställas till svars för hur jag tog vara på livet? Dessa och en rad andra frågor blir allt viktigare. Ibland känns svaren självklara - ”ingen vet”. Ibland väcker frågorna oro och smärta - den kanske kan kallas andlig smärta.

### ***Andligt, religiöst, mänskligt***

De flesta har ingen aning om hur livets slut blir, ingen föreställning om vad som kommer att kännas angeläget, hur tankarna kommer att vara. Den som tidigare varit troende och känt trygghet i förvissning om förlåtelse och evig samhörighet med sin gud har ofta ett användbart språk men inte automatiskt trygghet när livet går mot sitt slut. Många har växt upp med aftonbön, konfirmationsläsning och en slumrande religiositet. Andra har varit övertygade om att det inte finns någon gud. Ändå kan ångest med andliga förtecken dyka upp. ”Jag har kanske fel. Bygde jag mitt liv på en lögn?”

De flesta har en vag föreställning om att livet inte slutar med döden. En ny existens väntar. Vanligt är en förhoppning om återförening med dem som dött tidigare. Ett tecken är de verser som går att läsa i dödsannonser. Men tanken på det som kommer kan också väcka ångest och frågor.

Ett vanligt intryck hos dem som arbetar bland döende cancerpatienter är att de existentiella frågorna kan finnas hos alla och att de kan ha ett ganska likartat innehåll. Det som skiljer är språket och uttrycket.

## **Analys**

Fråga ”är det något Du är rädd för?” Bland svaren, som har med ångest att göra, kan det dyka upp tankar av existentiell natur. Be patienten berätta. Försök att själv vara tyst.

## **Behandling?**

Det viktiga är att lyssna. Det är inte angeläget att leta efter svar på alla frågor. Det viktiga är att dela frågan; vi är åtminstone två som saknar svar.

Det är sällan fel att erbjuda patienten kontakt med någon från kyrkan. I hela landet finns det diakoner och präster som är villiga att komma till den som är svårt sjuk. De är experter på att lyssna på människor med livsfrågor. De respekterar den sjuka och använder inte situationen till att värva nya medlemmar till församlingen. De har tystnadsplikt. Naturligt blir det när en präst eller diakon har en självklar och regelbunden kontakt med vårdteamet. Då blir initiativet inte så stort eller krångligt.

Den som har ansvar för medicinsk behandling och omvårdnad kan ibland vara väl skickad att samtala om religiösa eller filosofiska frågor. Erfarenheten från hospice är dock att det i de flesta fall är bäst när det religiösa samtalet förs med någon som inte deltar i den dagliga omvårdnaden. Att ta emot vård innebär att personen hamnar i beroendeställning. Det går inte att bortse från det. Samtalet om religion kan vara så utlämnande att det känns skrämmande att föra det med samma person som måste sköta min kropp och behandla mina kroppsliga plågor. Lyssna kan alla göra. Svara på frågor bör bara den göra som patienten inte behöver i den dagliga vården, den som patienten kan skicka iväg.

En helt annan sak är att gå den döende till mötes när han eller hon ber om att få höra en psalm, få aftonbönen läst eller kanske bara att bli påmind om när kvällsandakten på radio börjar. Detta är helt på patientens villkor.

## **Att gå vidare**

Bland det viktigaste för en döende människa finns trygghet och tillit. Om de som vårdar ska kunna förmedla sådant måste det finnas en grund av trygghet hos dem själva. En viktig väg att nå det målet är att i arbetet hitta tillfällen till samtal inom personalgruppen. Att då och då gå på djupet, prova de svåra frågorna, behövs för att utstrålningen till den döende och de närstående ska kunna vara mättad med trygghet - just det som de letar efter. Återkommande samtal i grupp med en präst eller diakon som samtalsledare borde finnas överallt där döende vårdas.

## 13. När patienten frågar om ovetenskaplig behandling

Mer än hälften av alla cancerpatienter använder under någon del av sin sjukdomstid behandlingsmetoder som saknar grund i vetenskap och beprövad erfarenhet. Ibland frågar patienten eller de närstående om sådan behandling. Då är det viktigt att lyssna och svara så riktigt som möjligt.

### ***Cannabis***

Det finns många studier som visar att cannabispreparat kan lindra illamående, anorexi och smärta. Men effekten är svag och uppväger inte de relativt ofta förekommande biverkningarna. Cannabis är till följd av dessa förhållanden inte registrerat som läkemedel i vårt land. Det är vanligt med en föreställning att cannabis dessutom har en effekt mot cancer. Detta stöds dock inte av några vetenskapliga studier. Cannabis kan inte köpas legalt i Sverige.

### ***Naturmedel för injektion***

I vårt land får så kallade ”mistelpreparat” (Iscador<sup>®</sup>, Helixor<sup>®</sup>) tills vidare (2019) säljas endast på recept av legitimerad läkare. Det saknas studier som visar effekt utöver placebo. Läkaren får således skriva recept, men kan inte ordinera preparaten, eftersom dess användning strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Läkaren kan neka att förskriva mistelpreparat och får aldrig själv ta initiativ till sådan behandling. Barn under 15 år får behandlas först efter särskilt tillstånd från Socialstyrelsen. Om läkaren skrivit recept kan injicerandet delegeras enligt gängse regler.

### ***Andra naturmedel mm***

Det finns en lång rad preparat att köpa där effekten mot cancer inte är säkerställd. Det kan gälla vitaminer, ginseng, tributyrat, Q-10, björkaska, fiskprodukter, spårämnen, mineraler, granatäppeljuice, andra växtextrakt mm. Ofta rekommenderar fabrikanten intag via munnen, men beredningar för utvärtes bruk förekommer också. En viss kontroll utövas av statliga organ, men biverkningar kan förekomma och ska anmälas på samma sätt som läkemedelsbiverkningar.

### ***Andra behandlingsmetoder***

Små och stora magneter, joniserad syrgas, kolloidalt silver, massagetekniker mm erbjuds ibland sjuka personer. Att föreslå och mot betalning genomföra sådan behandling vid tumörsjukdom är enligt lag förbjudet.

Akupunktur har i Sverige en etablerad plats vid behandling av smärta, illamående och muntorrhet. Någon effekt mot cancer finns dock inte dokumenterad.

Likströmsbehandling via elektroder instuckna i närheten av, eller bredvid solida tumörer kan troligen påverka tumörvolymen men livsförlängande eller livskvalitetshöjande effekt har inte kunnat påvisas. Mikrovågshypertermi har inte visat sig effektivt mot tumörer inne i kroppen. Mikrovågor och andra energislag används dock för behandling av andra sjukdomstillstånd.

### **Positivt tänkande mm**

Massmedia innehåller många vittnesbörd om hur kroppens egna läkande krafter kan stärkas genom olika åtgärder. Obotliga sjukdomar kan försvinna, läkares dystra profetior komma på skam. En rad hälsohem, kostregimer, samtalsmetoder anges kunna hjälpa. Effekten på livskvalitet, åtminstone till en tid, behöver knappast ifrågasättas. Inverkan på sjukdomens förlopp är dock inte visad.

Antroposofi är en samlad mängd av tankar kring hälsa, kropp och själ. Den har inte någon naturvetenskaplig grund. Antroposofier i Sverige har betytt mycket för utvecklingen av konst, musik och annan kultur i vårdarbetet. Vidarkliniken utanför Stockholm är ett antroposofiskt sjukhus där ovetenskaplig, antroposofisk behandling går hand i hand med etablerad behandling. I vilken mån de antroposofiska inslagen utöver placeboeffekten bidrar till patientens livskvalitet och hälsotillstånd är inte studerat.

### **Placebobehandling**

Ibland används behandlingsmetoder som ännu befinner sig på utvecklingsstadiet, eller som är medicinskt motiverade mot ett annat sjukdomstillstånd än det som är aktuellt för patienten. Avsikten kan vara att ge patienten hopp. Att behandla på sådana grunder är inte tillåtet. Det kan i många fall leda till försämrat förtroende för sjukvården. För hur ska patienten kunna veta om doktorn kommer med ett råd som har sin grund i vetenskap, och som skulle kunna ges av vilken annan skicklig läkare som helst, eller om det är ett råd som doktorn inte tror på men som han tror att patienten får tröst av? Patienten är inte dum! Vill patienten sätta sitt hopp till något orealistiskt ska de som arbetar i vården respektera en sådan strävan - så länge det inte skadar viktig behandling. Men *initiativet* får aldrig komma från läkare eller annan vårdpersonal!

Att etablerad behandling kan få en effekt som omedvetet överdrivs av patienten - placeboeffekt - är väl studerat och ett fenomen som ofta är mycket positivt.

### **När ge råd?**

När patienten frågar om ovetenskapliga behandlingsmetoder måste svaret vara sant. Ibland finns det inget svar, ibland är det rätt att erkänna sin okunskap. Men det är viktigt att vara klar: vet du att en föreslagen behandling saknar vetenskapligt dokumenterad effekt ska du säga det! Att tala om att behandlingen i fråga är omtvistad eller *kanske* har effekt skapar bara förvirring. Om patienten fått den information han önskar kanske nästa

fråga blir: tycker Du att jag ska prova? Då är det viktigt att klargöra att patienten kan besluta själv i de fall det inte rör sig om medicinsk behandling som patienten inte får utföra själv (t ex operation, strålbehandling) och att du kommer att respektera patientens beslut och fortsätta att stödja, behandla och ge råd i den mån patienten önskar det.

### **Närståendes roll**

När de närstående har synpunkter och frågor kring ovetenskaplig behandling är det viktigt att klargöra att det är patienten och läkaren som beslutar. Samtala helst om dessa frågor i patientens närvaro! Om patientens tillstånd är så allvarligt att samråd inte är möjligt får legitimerad vårdpersonal inte medverka till behandling som saknar grund i vetenskap och beprövad erfarenhet. De närstående måste ges tillfälle till information och stöd.

Många av de aktuella metoderna kostar mycket pengar för patienten. Undvik att ta med detta i resonemanget med patient och närstående. Patientens beslut i privata ekonomiska angelägenheter ligger utanför vårdpersonalens ansvarsområde. Ibland kan vårdpersonal känna ilska över att svårt sjuka människor utnyttjas på ett otillbörligt sätt. Då är det rimligt att agera via etablerade samhällsorgan – men inte via patient eller närstående.

Ovetenskapliga metoder inom vården har alltid funnits. Metoder som idag är helt etablerade ansågs tidigare som ovetenskap. Skepsis mot det nya har alltid funnits och är sund. Öppenhet och ärlighet är viktiga inslag i all information - inte minst när frågorna gäller ovetenskapliga behandlingar. Om detta paras med respekt för patientens tankar och beslut slipper alla osäkerhet och frustration.

## **14. Att trösta**

Läkare ska om möjligt bota och lindra. Sedan antiken förväntas läkaren också trösta. Vad innebär det i dagens stressade vårdvardag? Att lära tröstandets konst är inte lätt. De flesta av oss får pröva oss fram och med åren bli någorlunda goda tröstare. Några synpunkter och erfarenheter presenteras här i formen av ett brev från en läkarkollega till en annan. Perspektivet är läkarens men tankarna kan gälla alla i vårdteamet runt patienten.

*Hej!*

Tack för ditt brev med frågor kring ämnet palliativ medicin. Du efterlyser material om läkaren som tröstare. Utifrån mitt arbete har jag samlat några synpunkter.

*Varför tröst?*

Vi behöver alla tröst. Jag minns första gången jag träffade dig. Du var fem år gammal och kom springande när du upptäckt att din trehjuling gått sönder. Din mamma var bestämt inte hemma. Du fick sitta i knät en stund och gråta. Sedan gick vi ut och tittade

på cykeln. Det var inte så farligt, jag kunde lätt rätta till sadeln som lossnat. Kommer du ihåg? Den som söker tröst vill ha mänsklig kontakt, förståelse och hjälp att gå vidare.

När kroppen signalerar att något är galet söker jag efter något som rättar till det som är fel. Ibland leder sjukdom eller skada till rädsla. Vad håller på att hända? Hur påverkas mitt framtida liv av sjukdomen? Drabbas jag av plågor? Kommer jag snart att dö? Min strävan efter att återfå hälsa kommer att gå hand i hand med en längtan efter trygghet och säkerhet. I mötet med läkaren blir då tröst någonting viktigt.

### ***Varför ska läkaren trösta?***

De som söker sjukvård vill ofta helt enkelt bli botade. Men önskan att få tröst finns också med om än ofta outtalad. Den bästa trösten är att bli botad. Så var det när jag lagade din trehjuling. Om det inte hade gått att laga cykeln hade ett löfte om en ny cykel varit en bra tröst. Sådana löften är inte alltid möjliga att avge inom vården. Det handlar istället om löften om att minimera risker för framtiden och att lindra plågor. Dessa resonemang kräver hög kompetens. Ingen kan bättre än läkaren värdera fakta och föreslå åtgärder. Därför är läkaren nästan alltid viktig när det gäller tröst. De andra i teamet får ofta i sin tröst hänvisa till vad läkaren sagt - tröstandet blir indirekt på något sätt. Men de kan vara minst lika viktiga i trösten! En skickligt tröstande läkare är förutsättningen för skicklig tröst i hela teamet.

### ***Läkaren ska inte trösta alla!***

Bland dem som söker dig som läkare finns några som vill ha tröst för annat än sjukdom. Det kan vara stress i arbetet, skilsmässa, sorg eller ensamhet. Hjälプ dessa människor att förstå sina kroppsliga signaler och förebygga ohälsa. Trösta inte med onödiga undersökningar eller läkemedel. Hänvisa till andra för fortsatt tröst - familjen, arbetskamraterna, kyrkan, socialtjänsten. Inse att du som läkare inte är bäst på allt!

### ***Det första är att inte skada***

Det behov av tröst som jag möter hos döende cancerpatienter är tyvärr ofta orsakat av oskicklig information och utebliven tröst tidigt i sjukdomsförloppet. Det som gjordes och sades vid den första kontakten med sjukvården dröjer sig kvar i minnet. Antydningar om att patienten borde sökt tidigare leder till en föreställning om att "jag har mig själv att skylla". Ibland klagar en kollega inför patienten över brister hos andra vårdgivare. Vad tjänar det till? Ofta leder det till en känsla hos patienten att vara en bricka i ett spel och inte en sjuk, lidande människa. Så grundläggs rädsla och oro - och ett behov av tröst. Många svårt sjuka berättar om att de upplevt sig vara ett "intressant fall" och att det lett till fint bemötande och trygghetskänsla. "Nu när de tagit sig an mitt fall kommer nog allt att ordna sig". Denna form av tröst skulle jag vilja kalla placebo-tröst. Nog så verksam

till en tid men inte så hållbar i längden. Medaljens baksida är det skede när patienten upplever sig som "inte längre intressant" eller kanske till och med som "hopplöst fall". Doktorn låter sin sekreterare hänvisa till någon annan.

### ***Organisation***

Du anar säkert att det viktigaste när det gäller tröst är kompetens och god planering. Nej förresten. Det viktigaste är att våga vara medmänniska. Men ett riktigt gott hjärta räcker inte! Den första kontakten med patienten måste kännetecknas av hög kompetens - skicklighet i läkaryrket. Dessutom riktig information, kärleksfullt bemötande och hopp. Det finns inga hopplösa fall. Några av våra patienter har utomordentligt dålig prognos. Men hopp är inte en funktion av sannolikhetsbedömning utan en positiv syn på framtiden. Att räkna med en god utdelning oavsett odds.

Viktigt för trösten är att patienten får klart för sig att du kommer att ta ansvar för den fortsatta utredningen och behandlingen. Att veta när nästa kontakt blir och hur patienten kan få tag på dig. Kontinuitet är tröst.

### ***Information***

Den viktigaste källan till information om sjukdom och skada är oftast kroppen själv. Se till att din information står i samklang med patientens egen upplevelse. Kom ihåg det du lärt om människors psykologiska reaktioner när svår information ska tas in. Ge patienten tid, ge utrymme för frågor hellre än att prestera en monolog. Det sätt som du informerar om kan innebära stor tröst - eller hot och förfäran. Tro inte att det tröstar någon att ljuga eller förtiga förhållanden som patienten redan fått besked om - oftast från sin egen kropp. Däremot ger det tröst att förstå bättre hur kroppen fungerar och vad sjukdom kan ställa till med. Då blir patientens tolkning av sina egna signaler mindre skrämmande.

### ***Vem ska tröstas?***

Naturligtvis är det patienten som ska tröstas. Men de som står patienten nära ska också tröstas. Dels för att avlasta patienten en del tröstarbete, dels för att de närstående själva ska kunna trösta patienten. Erbjud ofta anhöriga att komma med till läkarsamtal! Det är i många fall synnerligen effektivt!

### ***Lyssna!***

Hur går tröstandet till? Det finns nog inte något schema. Några tips kan vara: Sitt ner! Ta fram en pall och sätt dig. Då visar du att du är beredd att stanna en stund. Rör vid varandra! Du kan erbjuda din hand, patienten kan fatta den och hålla kvar. Lyssna och låt patienten styra. Men om det blir meningslöst prat om oviktiga saker kan du hjälpa till genom att fråga "Är det något du är rädd för?" Låt det gärna bli tyst ibland. Tillåt dig att

reflektera över vad patienten sagt. Tillåt dig att lära dig lite om livet och om existensens villkor. Sådant som bäst lärs av livet självt och som är svårt att hitta i böcker. Jag märker det själv nu när jag ska försöka formulera för dig! Det kanske är så att när du tar emot något från patienten, låter dig beröras; då tröstar du bäst.

### ***Trösta varandra***

Andra människors lidande rör oss som arbetar i vården. Ibland så att vi behöver tröst. Då behöver vi varandra. Våga ge arbetskamrater tröst - och våga be om den! Låt patienten slippa att trösta dig! En av mina patienter berättade en gång om hur han blev remitterad till en specialistkonsult. Besöket inleddes med att konsultläkaren läste igenom journalen. Efter en stund började han gråta - gripen av patientens plågfyllda sjukhistoria. Patienten kände sig mer övergiven än någonsin. Låt patienten slippa att trösta dig!

### ***Att trösta sig själv***

Men jag själv då? Vem tröstar mig? Nog blir vi ibland utmattade i arbetet och av arbetet. Känslan av att inte räcka till kan tynga. Med åren sörjer jag mindre över att människor blir sjuka och handikappade. Det hör till livets villkor och vi vänjer oss vid allt lidande. Det är inte min oskicklighet som orsakar patienten sjukdom och lidande. Nej, det som tynger är de stunder som inte tycks finnas när vi borde sitta ner och ge tröst. Att trösta sig själv är att ta sig den tiden. Inse att det är viktigare med kvalitet än kvantitet. Gå mot strömmen och alla vårdtrender. Då hittar du tillbaks till arbetsglädje och yrkesskicklighet - läkarkonst!

Jag är glad att just du valde läkaryrket. Sköt om dig och hör av dig snart!

*Kära Hälsningar, Gunnar*

## **15. Brytpunkter**

Om hela livet kan beskrivas som en linje, kan nog många hålla med om att den linjen kan vara allt annat än rak. Händelser inträffar som gör att livet tar en annan riktning. Den dagen ett litet barn börjar gå, första skoldagen, första dagen i egna lägenheten, den första dagen i yrkeslivet, första dagen som pappa, första dagen som pensionär, dagen då den närmaste dör – och den dag det står klart att det egna livet snart är slut. Andra förändringar går mer gradvis, utan tydliga brytpunkter. Puberteten, uppbrott från nära relationer, ökande trygghet i yrkesrollen, svikande hälsa, förlusten av roller i arbetsliv och familj. Många gånger är det först efteråt som vi förstår att livets riktning ändrats. Ibland kan andra märka det tydligare än vi själva, ibland är det en insikt hos mig själv som andra inte förstår. Under livets gång gör många erfarenheten att brytpunkter

kommer, att de kan vara olika svåra, olika glädjefyllda, men att det har ett värde att försöka stanna upp och reflektera. Det är kanske därför människor i alla tider och alla kulturer skapat riter för brytpunkter – dop, bröllop, femtioårskalas, begravning.

### **Vilka kan brytpunkterna i palliativ vård vara?**

Alla människors livsresa har självklart ett slut, vår sista dag är den dag vi dör. Palliativ vård är lindrande vård som erbjuds människor som närmar sig livets slut.

**Den första brytpunkten** i det sammanhanget är den punkt när det är uppenbart att en person drabbats av en obotlig sjukdom, och att medvetenheten om detta kommer att prägla vården och återstoden av livet. Hur lång denna period är går inte att veta, ibland inte ens gissa sig till. Det är inte heller alltid så att personen själv delar medvetenheten med närstående och vårdare. Inte på grund av undanhållna information, utan på grund av nedsatt förmåga att tillgodogöra sig informationen – ofta till följd av sviktande funktion i hjärnan.

**Den näst sista brytpunkten** är den dag då sjukdomen gör det omöjligt för personen att klara sig själv.

*Maria berättar: ”I höstas fick jag besked om att det upptäckts metastaser i lymfkörtlarna, och att behandlingen nu skulle inriktas på lindring, inte bot. Det kom som en chock, det hade då gått 3 år sedan tumören opererades bort, och jag hade börjat känna mig säker på att jag var botad. Men egentligen kände jag mig inte sjuk. Jag arbetade heltid då, och allt kändes så överkligt. Sedan under våren blev jag i alla fall tröttare allteftersom. Jag visste ju att det skulle bli så, men det kändes förfärligt när jag till slut inte ens orkade duscha utan hjälp. Det var då jag ansökte om att komma till hospice. När jag skrev under det där pappret tänkte jag att; nu skriver jag under min dödsdom. Men nu när jag väl är här märker jag ju att livet pågår fortfarande.”*

**Den sista brytpunkten** är den dag när det är tydligt att livet bara kan vara något eller några dygn ytterligare.

Alla kommer inte till dessa tre brytpunkter. Dödsfallet kan komma utan förvarning, ibland kommer de två första brytpunkterna samtidigt. Ofta är det först efteråt uppenbart att en brytpunkt passerats.

### **Vem avgör när en människa kommit till en brytpunkt?**

Palliativ vård bedrivs i multiprofessionella team. Mötet mellan patient/närstående/vårdare präglas av vårdarens yrke, patientens och de närståendes erfarenheter, deras inbördes relation och en rad andra faktorer. Mötet präglas också naturligtvis av vår personlighet – det vi ibland kallar ”personkemi”. När vårdteamet sitter ner och planerar för god helhetsvård kommer allas möten att ha betydelse. Vi märker att patienten och de

närstående skickat lite olika signaler. I dialogen i teamet växer en förståelse för var patienten befinner sig i sitt liv. Var och en litar på de andras bedömningar, tillsammans förstår vi mer än om var och en skulle lite bara på sin egen bedömning. Mötet mellan patient/närstående och vårdare innefattar dels ord, dels ordlös närvaro, kroppskontakt och iakttagelser av kroppens förändring – det som hörs, syns och känns. Undersköterskans händer har ofta nog i detta sammanhang större känslighet än de mest förfinade laboratoriemetoder.

Den i vårdteamet som märker att en brytpunkt passeras har ansvar att dela med sig av den insikten i teamet. De andra kanske bedömer situationen på ett annat sätt, det behöver diskuteras. Det är angeläget att alla i vårdteamet har en gemensam hållning, annars kan det leda till otrygghet för patient och närstående.

*Maria berättar igen: ”Hemsjukvårdens läkare och sjuksköterska var hemma hos mig när jag ansökte till hospice, de tyckte att det var ett klokt beslut. Dagen efter kom en arbetsterapeut hem till mig. Hon var nog vikarie, jag hade i alla fall aldrig sett henne tidigare. Hon pratade om att byta rullstol så att det skulle vara lättare för mig att komma in i hiss, det är ganska trångt hemma i mitt hus. Jag visste inte riktigt vad jag skulle tänka. ”Tänk om jag inte är så dålig som det känns, den där ansökan till hospice var kanske ett misstag.” Jag kände mig vilsen och övergiven på nåt sätt.”*

Det finns undersökningar som visar att den vårdare som är närmast patienten också är den som bäst kan avgöra när den sista brytpunkten inträder. I det kroppsnära mötet, hygienhjälpen, vändningarna, munvården märks de förändringar i andning, hudgenomblödning, hjärnfunktion mm, som betyder att kroppens fysiologiska mekanismer prioriterar hjärtats och hjärnans basala funktioner och att livets slut närmar sig. Dessa iakttagelser kombinerade med erfarenheter från tidigare dödsfall ger vårdaren möjlighet att förstå vad som sker. Ibland förstår patienten och de närstående också att det är den sista brytpunkten, ibland är det otydligt och svårtolkat. Läkaren har ett stort ansvar att försäkra sig om att de förändringar som iakttagits inte beror på andra sjukdomar som tillstött (t ex diabetes) eller på biverkningar av läkemedel (t ex för hög dos smärtlindrande medicin).

### **Att bedöma prognos**

Många gånger önskar patienten veta hur långt det är kvar till livets slut. Sonen som arbetar i Brasilien vill gärna veta när han måste resa hem för att träffa mamma en gång till, ett sista besök hemma i den egna trädgården kanske skulle bidra till mycket livskvalitet, hunden måste lämnas bort – det är viktigt att den processen hinner avslutas. Läkaren tillfrågas och svaret blir självklart – ingen vet hur lång tid som är kvar. Ändå måste alla i vårdteamet vara beredda att diskutera frågan, försöka förstå varför den är viktig, och vara beredda att ge en rimligt bra kunskaps- och erfarenhetsgrundad bedömning. ”Nu kan det handla om bara någon vecka, så om du vill hem till trädgården

är det nog dags”. Prognos kan inte ges som en siffra, det är alltid fråga om dialog, bedömning, samråd kring beslut. Att bara säga att ”ingen vet” är en förenkling som lämnar patienten och de närstående i fortsatt osäkerhet. Den prognosbedömning som görs ska diskuteras i teamet, dokumenteras och fortlöpande omprövas.

### *Den näst sista brytpunkten*

När patienten förstår att sjukdomen leder till döden, och att det nu behövs mer hjälp i det vardagliga livet är det lämpligt att erbjuda ett brytpunktssamtal. Det finns ingen anledning att sätta någon speciell etikett på samtalet, men patienten och de närstående måste veta vad syftet är. De som bär ansvaret för vården, patienten och de närstående kan sitta ner tillsammans och samtala om den aktuella situationen och vad som kan väntas framöver. Det är bra om patienten/de närstående får leda samtalet, berätta vad de vill ta upp, vilka farhågor och förväntningar de har. Vårdteamet får svara på frågor och under samtalets gång se till att inget blir bortglömt. De vårdare som är med bör förbereda samtalet. De flesta frågor går att förutse, det är bra om svaren är förberedda. Var varsam så att samtalet inte blir skrämmande eller plågsamt för patienten. Det finns ingen anledning att diskutera alla tänkbara plågor eller bekymmer som kan förväntas. Å andra sidan upplever många döende en stor lättnad över att få tala om farhågor som tidigare varit outtalade. Var lyhörd!

Det kan vara bra att ha en checklista, åtminstone tänka sig en sådan:

- Behöver informationen till patienten och de närstående kompletteras?
- Vilka plågsamma symtom kan förväntas?
- Vilka åtgärder finns förberedda för de tillfällena?
- Var ska patienten vistas?
- Om det sviktat, vart ska patienten ta vägen då? (Ingen människa ska efter näst sista brytpunkten hänvisas till akutmottagning på sjukhus.)
- Vilka är vårdgivare? Kontorstid-jourtid?
- Finns hjälpmedel och läkemedel på plats?
- Ska läkare eller kurator eller diakon tala med någon av de närstående?
- Finns Närståendepenningintyg, sjukintyg, färdtjänst, trygghetslarm mm?
- Ska läkare kontaktas vid dödsfallet, eller kan dödsfallet konstateras i efterhand? Ska uttagning av pacemaker förberedas?
- Mm

Efter samtalet bör vårdteamet se till att det som avhandlats blir dokumenterat, och att denna anteckning vidarebefordras (med patientens medgivande) till de som behöver den informationen framgent. Gör gärna en skriftlig sammanfattning till patienten! Bra att ha för minnet och för vidare information till de närstående som inte var med på samtalet.

## *Den sista brytpunkten*

När det står klart att livets slut är nära – timmar/dygn – är det värdefullt att göra en sista avstämning/planering. Om den näst sista brytpunkten har tydliggjorts, och ett planeringssamtal genomförts då, blir denna sista planering ganska enkel. Ofta måste samtalet huvudsakligen föras med de närstående, som på det sättet informellt blir patientens företrädare. Men även mycket svaga patienter kan förvånansvärt ofta delta i planering och beslut, försök alltid den vägen!

- Är alla berörda medvetna om att livets slut nu är nära?
- Vill patienten hinna något mer före döden – komma till sitt eget hem, ha någon viss person hos sig de sista timmarna, träffa sin präst en gång till osv?
- Kan de närstående planera för att avlösa varandra så att bördan fördelas jämt?
- Finns de läkemedel och hjälpmedel som behövs? Injektioner om det inte går att ta tabletter?
- Finns det fortfarande frågor kring behandlingsåtgärder de sista dyggen. Dropp? Syrgas mm?
- Behöver något förberedas inför dödsögonblicket? Religiösa eller kulturella riter/seder?
- Vem ska kontaktas vid dödsögonblicket? Vill familjen tala om vad som händer sedan – kista, transporter mm?
- Är det lämpligt att lämna skriftlig och muntlig information (färdiga häften eller boktips) om hur det är när en människa dör?

## *Vårdens organisation*

När en kommun eller ett landsting planerar för övergripande frågor inom palliativ vård kan begreppet ”brytpunkt” användas för att ge stöd till god kvalitet i vård och omsorg. Patienten kan efter en brytpunkt anslutas till ett nytt team, få erbjudande om ny vårdplats, ny läkarkontakt mm. Patienten och hela vårdkedjan har nytta av denna aspekt på brytpunktsbegreppet. Men patienten och de närstående får inte i onödan exponeras för organisatoriska termer, rutor och pilar. Målet med brytpunktsbegreppet i palliativ vård är att ge möjlighet för en viss framförhållning i vården så att plågsamma symtom lindras, onödiga sjukvårdstransporter undviks, information ges på rätt sätt vid rätt tillfälle, de närstående involveras i rätt tid och på det sätt som gagnar patienten. En timmas lugnt samtal hemma i patientens kök i början av april kan undanröja behovet av flera onödiga sjukhusinläggningar, falltillbud, veckolånga väntetider på hjälpmedel och onödig ökad förtvivlan bland de närstående senare under sommaren. Klok helhetsvård, i team, med framförhållning i nära samverkan med de närstående ger grunden för symtomkontroll och ett liv med innehåll också under livets sista tid.

*Maria får avsluta: ”Jag var så rädd när jag kom hit till hospice. Men de ärliga samtalen om vad som väntade gav mig lugn. Många tårar, många leenden och – lugn. Och den här tiden har inte bara blivit längre än jag trodde. Den har faktiskt innehållit mycket mer av*

*liv och goda möten än vad jag trodde var möjligt. Min tid på hospice kunde gärna ha fått komma 25 år senare i mitt liv, men jag är ändå oändligt tacksam för varenda dag jag fortfarande lever.”*

## **16. Internetlänkar**

I Läke-medelsboken finns efter kapitlet Smärta ett kapitel om palliativ vård. Bägge är läsvärda, och uppdateras regelbundet. [www.lakemedelsboken.se](http://www.lakemedelsboken.se)

Nationella rådet har på sin hemsida länkar till föreningar inom fältet palliativ vård, samt en hel del andra viktiga länkar: [www.nrpv.se](http://www.nrpv.se)

Kvalitetssäkring inom palliativ vård bör innefatta registrering i [www.palliativ.se](http://www.palliativ.se) Där finns även en hel del annan information, skattningsskalor mm under ”förbättringsarbete och sedan ”kunskapsstöd”.

## ***Information till patienten vid behandling med morfin eller morfinliknande preparat***

Morfin är en smärtlindrande medicin som funnits i flera tusen år. Den utvinns ur opiumvallmo. Det finns idag en lång rad ämnen som till kemisk uppbyggnad och effekt liknar morfin. Några vanliga läkemedel som innehåller sådana ämnen är Depolan, Dolcontin, Fentanyl, Durogesic, Matrifen, Ketogan, Palladon, Oxycontin, Oxynorm, Targiniq, Norspan, Palexia och Metadon. Vanligt morfin finns som tabletter, mixtur och injektionslösning.

### *När används morfin?*

Morfinpreparat används för lindring av svåra smärtor vid t ex cancer efter noggrann bedömning av läkaren. Även vissa andra svåra smärttillstånd behandlas med morfin. Morfin hjälper dock inte mot alla smärtor.

### *Gynnsamma effekter av morfin*

Morfin verkar smärtlindrande genom att minska smärtimpulserna i centrala nervsystemet. I ryggmärgens och hjärnans smärtsystem finns flera morfinliknande ämnen. Det är vid smärttillstånd i detta system som morfin hjälper. Även de svåraste smärtor går att lindra i dessa fall. Vissa typer av smärta har emellertid en impulsväg i nervsystemet som inte innehåller morfinliknande substanser. Vid dessa smärtor är morfin inte effektivt. Exempel på sådana nervsmärtor är fantomsmärta efter amputation, bältrossmärta och halvsidig ansiktsvärk.

### *Biverkningar av morfin*

Förstoppning: Morfin minskar rörelserna i tarmen vilket hos de flesta leder till förstoppning. I förebyggande syfte ges laxermedel redan när morfinbehandlingen inleds. Om förstoppning ändå uppkommer måste laxermedelsdosen ökas.

Trötthet: I början av behandlingen upplevs ofta en viss trötthet. Den går över inom några dagar. I samband med dosökning kan tröttheten återkomma, men i mindre omfattning. Kvarstående slöhet eller ”berusningskänsla” är tecken på att morfindosen är för hög.

Illamående: Några av de patienter som börjar med morfin upplever illamående. Det går över spontant inom en vecka då kräkcentrum anpassats till morfinet. Om illamående uppkommer finns det läkemedel som kan användas vid behov. Om illamående uppträder senare under behandlingen beror det vanligen på annat än morfin.

Andningspåverkan: Morfin påverkar andningscentrum så att överdosering kan vara farlig. Andningscentrum utvecklar emellertid snabbt tolerans för morfin. Det innebär att risken för farlig andningspåverkan blir mycket liten efter bara en kort tids morfinbehandling.

Klåda, blodtrycksfall, muntorrhet och urinstopp är exempel på mindre vanliga biverkningar av morfin. Om dessa symtom uppkommer ska i första hand andra orsaker misstänkas.

*Blir jag narkoman?*

Kroppen vänjer sig vid morfin och efter en tid har det uppstått ett beroende. Detta beroende liknar inte det som narkomaner upplever. Det är snarast ett beroende av smärtlindring, inte av berusning. Om smärtans orsak försvinner, t ex efter framgångsrik strålbehandling eller operation, kan morfinbehandlingen avslutas genom nedtrappning av dosen under några veckor. Patienten upplever då inte abstinens och löper senare inte ökad risk att hamna i missbruk.

*Får jag köra bil?*

Morfin ger nedsatt reaktionshastighet, framför allt i behandlingens början. Bilkörning är dock i vissa fall tillåten. Samråd med läkaren i denna fråga!

*Är det olagligt att bära med sig morfin?*

Läkemedel ordinerade av läkare får hanteras av patienten själv även när det är morfin. Se till att medicinen inte hamnar i orätta händer!

*Hur länge är det möjligt att fortsätta med behandlingen?*

Det går att ta morfin hur länge som helst om smärtan kräver det. Ofta måste dosen successivt höjas. Det innebär inte risk för sämre behandlingseffekt senare i sjukdomsförloppet. Dosen kan i princip höjas obegränsat.

*Kan jag äta och dricka som vanligt?*

Ja. Med tanke på förstoppningstendensen är det lämpligt med fiberrik kost. Känsligheten för alkohol kan ändras. Rådfråga läkaren!

*Syns det att jag använder morfin?*

Nej. Patienter med morfinbehandling kan fungera helt normalt i sin omgivning.

*Blir jag impotent?*

Morfin har inte rapporterats förorsaka impotens. Vid de sjukdomar som oftast föranleder morfinbehandling kan impotens ses som en följd av sjukdomen eller annan behandling.

*Kan jag resa utomlands?*

Ja. Det apotek som lämnat ut medicinen kan utfärda ett intyg som ska medföras på resan (inom Europa) för att vid behov uppvisas vid tullkontroll. Vid resor utanför Europa behövs intyg från läkare. Förvara medicinen på ett betryggande sätt.

*Kan jag ge medicinen till någon annan?*

Nej! Den dos morfin som för en person ger adekvat smärtlindring kan för en annan person vara direkt livsfarlig!

*G Eckerdal 190309*