

Dokumentet fastställt av Läkemedelsrådet 2021-03-11

Riktlinjen är giltig t o m 2023-03-11

Regional riktlinje för rekommendationer avseende läkemedel i livets slutskede i Region Skåne

Sammanfattande kommentarer och rekommendation

Flera kriterier kan hjälpa oss att identifiera om en patient är nära döden. Patienten är sängbunden har ofta sväljningssvårigheter och får endast i sig små mängder vätska, har försämrad cirkulation och andning och är medvetandesänkt och oklar i perioder. Det är dock viktigt att bedöma om det är ett förväntat förlopp dvs en följd av en tid av successiv försämring och inte en akut oförväntad försämring som kanske kräver annan handläggning.

Informerande samtal med patient (om möjligt) och närstående är viktigt för att beskriva att patienten är döende. Även vårdteamet måste vara informerade om att patienten är döende.

Symtom i livets slutskede

Symtombilden är oftast väldigt snarlik oavsett bakomliggande sjukdomar. Smärta, dyspné, illamående, ångest och konfusion dominerar. Ofta kan den döende vara orolig och plockig och det kan vara uttryck för smärta, ångest eller inte att förglömma urinretention eller tarmtömningskänsla. Kan inte patienten förmedla sig eller är medvetandesänkt finns det standardiserade symtomskattningsinstrument att använda jfr demensvården.

Läkemedel i livets slut.

När patienten börjar närma sig livets slutskede och försämring i allmäntillståndet inträder, är det viktigt att se över läkemedelslistan, prioritera de läkemedel som patienten kan tänkas ha nytta av och sätta ut eller fasa ut läkemedel som har mindre betydelse.

Läkemedel som bör prioriteras:

- Smärtbehandling
- Ångestbehandling
- Antiepileptika vid kramper
- ACE hämmare och ARB vid hjärtsvikt
- Betareceptorblockerare vid hjärtsvikt

- Lågmolekulärt heparin vid lungemboli
- Loopdiuretika vid ödem

Sätta ut:

- ASA
- Lipidsänkare
- Heparin/ NOAK/ Waranprofylax
- Antiepileptikaprofylax
- Perorala antidiabetika + justering av insulindos
- Tiaziddiuretika
- Digoxin
- Kalciumantagonister, ACE hämmare och ARB vid indikation hypertoni

Fasa ut:

- Protonpumpshämmare
- Kortikosteroider om behandling mer än två veckor
- SSRI om behandling mer än en månad.
- Blodtryckssänkande läkemedel, betareceptorblockerare.

I döendefasen är det oftast inte möjligt att ge läkemedel per os pga. sväljningssvårigheter och medvetandepåverkan. För att underlätta administreringen av subkutana injektioner rekommenderas att man lägger in en kvarliggande kanyl (tex en neoflon) för att undvika många stick. Denna placeras gärna på överarmen nära axeln.

Om patienten redan innan stått på opioider i tablettform är det dags att byta till transdermal eller subkutan administreringsform. Dosen kan behöva höjas de sista två dygnen. För en opioidnaiv patient kan en startdos av injektion **morfin** 2,5 - 5 mg subkutant vid behov vara rimlig. Kan upprepas 4 - 6 gånger per dygn och om otillräcklig effekt eller kortvarig effekt kan vid behov dosen ökas successivt upp till 10 mg. För patient som haft opioider sedan tidigare byter man till Fentanyl enligt konverteringstabell alternativt räknas peroral dygnsdos av Morfin om till subkutan injektion som delas upp på 4 – 6 injektioner/dygn.

Ofta kan det också vara inslag av ångest och oro vilket kan vara svårbedömt. Man kan i det läget prova en låg dos **midazolam** injektion, startdos 1 mg subkutant som kan ökas upp efter hand, oftast är 2,5 mg subkutant tillräckligt, kan upprepas flera gånger per dygn. Kan även ges buckalt, vilket ger snabbare tillslag som kan vara av värde om akut svår ångest och/eller andnöd. Finns också som nässpray 2,5 mg.

Midazolam kan också användas vid kramper och vara alternativ till diazepam. För snabb effekt ges då midazolam 2,5 – 5 mg av injektionslösningen buckalt.

Vid andnöd och ödem kan **furosemid** 10 mg/ml, 20 mg subkutant eller intravenöst vara av värde. Opioider har också väldokumenterad effekt mot andnöd. Börja med 5 mg morfin eller oxikodon peroralt eller 2,5 mg subkutant, som kan titreras upp till lindrande effekt. En bordsfläkt som riktas mot ansiktet kan också lindra känslan av lufthunger eller ett öppet fönster.

För rosslingar i slutskedet ges **glykopyrron** (Robinul) 0,2 mg/ml 1 - 2 ml subkutant vid behov. Kan upprepas.

Mot illamående ges små doser med **haloperidol** subkutant, 0,5 – 1 mg. Vid uttalad förvirring och delirium behövs högre doser.

Omvårdnaden av en döende patient omfattar såväl regelbunden observation som symtomlindring tillsammans med god munvård och vändning av patienten för undvikande av trycksår. Mänsklig närvaro och att höra rösterna från närstående kan ha lugnande inverkan. Viktigt att stödja närstående under döendeprocessen som kan verka skrämmande för den oinvigde. Detta förutsätter att personalen också är trygg med att vårda döende patienter.

Författare

Catharina Weman Persson, Palliativ vård och ASIH Kristianstad

Terapigrupp Äldre och läkemedel