

Vårdprogram för palliativ njurmedicin

Ett regionalt medicinskt vårdprogram är ett dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa, såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala medicinska vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Detta vårdprogram är framtaget gemensamt för Södra sjukvårdsregionen och genom fastställande av hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Skåne giltigt i Region Skåne.

Vårdprogrammet är en revidering av tidigare vårdprogram.

Malmö 2024-03-21



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Fastställd 2024-03-21
Giltig till 2027-03-21
www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Vårdprogramsgrupp	1
Samverkan inom Södra sjukvårdsregionen.....	2
Förankring och remissinstanser.....	2
Avgränsning och definition.....	2
Palliativ vård	3
Kvalitetsindikatorer i livets slutskede	4
Brytpunkt	4
Brytpunktsamtal – en process	4
De sex S:en – Nyckelbegrepp för personcentrerad.....	6
Resursteam	6
Palliativ njursjukvård	9
Dialys som livsuppehållande behandling.....	9
Palliativ dialys – behandling som del av palliativ vård.....	9
Palliativ vård vid njursvikt efter avslutad eller inte påbörjad dialys.....	10
Efter dödsfallet	11
Rekommenderade läkemedel	12
Prioritering vid medicinering	12
Vanliga symtom att aktivt behandla njursvikt	12
Rekommenderade läkemedelslista	13
Dokumentinformation	15
Referenser	16
Bilaga 1. Flödesschema med de olika faserna i palliativ vård.....	18
Bilaga 2. Palliativ njursjukvård.....	19

Bakgrund

Vård i livets slut är på många sätt likvärdig oberoende av diagnos. Syftet med detta dokument är tänkt att vara ett komplement till Nationellt vårdprogram för palliativ vård (2023) och kommer att behandla den vård som är speciell för palliativ nefrologi. Avsikten är att det ska användas av den njurmedicinska specialistvården. Tack vare ett oftast långdraget sjukdomsförlopp finns det inom njurmedicinsk vårdmöjlighet att värna patientens autonomi redan i tidig palliativ fas genom fortlöpande dialog.

Palliativa vårdbehov behöver identifieras tidigt i vårdkedjan. För att möjliggöra detta kan den Nationella Vårdplanen i Palliativ vård, NVP, vara ett stöd. Sannolikt underskattas symtombördan hos denna patientgrupp varför det är viktigt med upprepade bedömningar, helst genom validerade symtomskattningsinstrument, när detta är möjligt. Edmonton Symptom Assessment Scale - reviderad (ESAS-r) är ett exempel på skattningsinstrument som rekommenderas i NVP och finns översatt till svenska språket (Lundh-Hagelin C. 2015) men det finns också andra skattningsinstrument som rekommenderas såväl nationellt som internationellt, exempelvis Integrated Palliative care Outcome Scale – Renal (IPOS-Renal).

Vårdprogrammet riktar sig till den njurmedicinska specialistvården. Det kan användas som vägledning av den allmänmedicinska och palliativa specialistvården, men det ska ske i samråd med njurmedicinsk specialist.

Vårdprogrammets läkemedelsdel har diskuterats och granskats av Läkemedelsrådet i Region Skåne. Programmets läkemedelsdel har godkänts för användande av njurmedicinsk specialist.

Vårdprogramsgrupp

Detta vårdprogram har gemensamt tagits fram i Södra sjukvårdsregionen under 2011–2014 på uppdrag av RMK under ledning av en styrgrupp bestående av:

- Naomi Clyne, överläkare, docent, njurmedicin
- Carina Holmesson, leg. sjuksköterska, njursviktskoordinator
- Jenny Lindberg, specialistläkare Dr med. vet., njurmedicin
- Ulla Lund, överläkare, njurmedicin

Samverkan inom Södra sjukvårdsregionen

En arbetsgrupp bildad på uppdrag av respektive kunskapsgrupp i södra sjukvårdsregionen analyserade möjliga samverkansformer mellan specialiserad palliativ vård och njurmedicin. Resultaten integrerades i vårdprogrammet där samverkansformerna i de olika faserna beskrivs under rubriken Palliativ njursjukvård.

Arbetsgruppen bestod av:

- Anette Ahlin, sjuksköterska, PRT, Ljungby,
- Carina Holmesson, sjuksköterska, njurmedicin, Lund
- Jenny Lindberg, läkare, njurmedicin, Malmö
- Helene Reimertz, läkare, PRT Växjö
- Anna Sandberg, sjuksköterska, ASIH, Helsingborg

Förankring och remissinstanser

Revidering av vårdprogrammet 2022 har varit på remiss till LAG Läkemedel Njur- och urinvägssjukdomar samt Läkemedelsrådet.

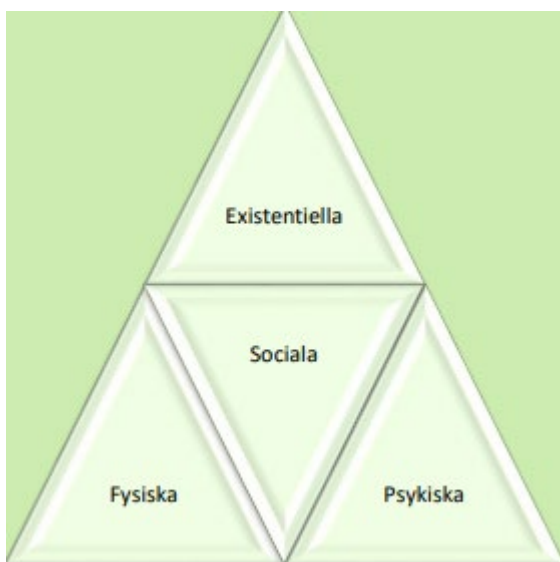
Revidering av vårdprogrammet gjordes under hösten 2023 och gick på remiss till Läkemedelsrådet och AKO.

Avgränsning och definition

I detta regionala vårdprogram för palliativ njurmedicin har vi anslutit oss till Världshälsoorganisationens definition av palliativ vård.

WHO:s definition av palliativ vård 2002:

- Erbjuder lindring av smärta och andra besvärande symtom.
- Bejaktar livet och ser döendet som en normal process.
- Varken påskyndar eller fördröjer döden.
- Integrerar psykologiska och existensiella aspekter i vården.
- Erbjuder stöd att hjälpa patienten leva ett så aktivt liv som möjligt fram till döden.
- Erbjuder stöd till familjen under och efter vårdtiden.
- Använder teamets resurser att hjälpa patient och familj.
- Är användbart även tidigt i sjukdomsförloppet tillsammans med livsuppehållande behandlingar.



Helhetssyn rörande behoven vid vård i livets slutskede.

[Nationella rådet för palliativ vård \(nrpv.se\)](http://nrpv.se)

[Svenska palliativregistret \(palliativregistret.se\)](http://palliativregistret.se)

Palliativ vård

Palliativ vård innebär aktiv helhetsvård som syftar till att främja högsta möjliga livskvalitet för patienten när bot inte längre är möjlig, samt att ge stöd till närstående. Den palliativa vården grundas på fyra hörnstenar.

1. Symtomkontroll

Strävan efter att lindra smärta och andra svåra symtom med respekt för patientens integritet och autonomi. Hänsyn ska tas till fysiska, psykiska, sociala och andliga/existentiella behov.

2. Närståendestöd

Skall finnas under patientens sjukdomstid men även efter dödsfallet. Information om möjligheten till närståendepenning ska ges.

3. Relation/kommunikation

Det är viktigt att skapa förutsättningar för en god kommunikation och en förtroendefull relation till patient och dennes närstående.

4. Teamarbete

Kräver medverkan av samtliga medlemmar i det palliativa teamet. Samarbete mellan olika specialister som ansvarar för olika aspekter och delar av vården som exempelvis njurmedicinsk specialist, primärvårdens allmänläkare och specialist i palliativ vård.

Kvalitetsindikatorer i livets slutskede

- Läkarsamtal (brytpunktssamtal) erbjuds till patient och närstående.
- Munhälsa.
- Tryckavlastning, bedömning.
- Mänsklig närvaro.
- Smärt- och symtomskattning, åtgärdsuppföljning.
- Dokumentation av åtgärder, överrapportering.
- Efterlevandesamtal med närstående.

Brytpunkt

En brytpunkt innebär övergång från botande till livsuppehållande behandling eller från livsuppehållande till palliativ behandling. Den kan också identifiera övergången från tidig till sen palliativ fas samt till vård i livets absoluta slutskede. Ställningstagande till att ändra inriktningen av vården, avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling ska patientens läkare ta tillsammans med patienten och i samråd med annan legitimerad vårdpersonal. Information om brytpunkten förmedlas till resursteamet (se under rubriken *Resursteam*) så att de i sin tur kan vara ett stöd för patient och närstående och följa upp med lämplig information efter brytpunktssamtalet.

Brytpunktssamtal – en process

Brytpunktssamtal i livets slutskede är inte som namnet antyder en enstaka tidpunkt utan en process. Det är vanligt och nödvändigt att läkaren och annan personal i teamet har flera samtal med patienten och dennes närstående under sjukdomens gång. Det är särskilt angeläget vid akut eller kronisk försämring av patientens allmäntillstånd, nyttillkommen svår sjukdom, komplikationer till dialysbehandling eller inläggning på sjukhus.

Exempel på indikationer för ny bedömning av vårdbehov och/eller vårdnivå:

- Nyttillkommen eller förvärrad samsjuklighet såsom cancer, avancerad hjärtsjukdom, svår perifer kärlsjukdom, stroke.
- Svårbehandlade symtom, exempelvis smärta, ångest.
- Svårigheter att genomföra dialysbehandlingen, svårösta accessproblem.
- Patientens egen önskan att avsluta eller trappa ner dialysbehandling.
- Täta akuta sjukhusinläggningar.
- Långvarig sjukhusvistelse.

Ett brytpunktssamtal inför övergång till palliativ vård bör innehålla information om att patienten befinner sig i livets slutskede, att patienten inte kan tillgodogöra sig livsförlängande terapi och att den fortsatta vården inriktas på livskvalitet (välbefinnande, helhetssyn på patienten och uppfyllande av patientens egna önskemål) samt övriga hjälpinsatser. Informationen kan behöva ges i samband med flera samtal.

Genomförande av informerande behandlingssamtal/brytpunktssamtal är avgörande för den fortsatta vårdens innehåll. Enligt erfarenhet och tidigare studier genomförs dessa samtal, men det är inte alltid att patienten uppfattar innebörden och budskapet. Det är mycket viktigt att ett brytpunktssamtal inte genomförs som en envägskommunikation utan som en dialog där läkaren efterhör hur patienten själv ser på sin situation och hur han/hon ser på sin framtid. Samtalet ska dokumenteras och dess innehåll kommuniceras till teamet.

Den som ansvarar för vården ska försäkra sig om att personen har tagit till sig informationen om vad som kommer att hända, utifrån dennes egna förutsättningar. Under processens gång kan följande punkter vara lämpliga att särskilt beakta inom den njurmedicinska specialiteten:

- Patientens valmöjligheter att starta dialys/fortsätta i dialys, få palliativ dialysbehandling samt att avsluta dialysbehandling och få medicinsk palliativ behandling.
- Respekt för patientens särskilda önskemål rörande livets slutskede.
- Tillgodoseende av såväl fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter av vården.
- Gott stöd till närstående genom hela vårdförloppet.
- Delaktighet av patienter och närstående i vården genom ökad kunskap om tillståndet och behandlingsmöjligheter, vilket leder till ökad trygghet.

De sex S:en – Nyckelbegrepp för personcentrering

De 6 S:en kan användas som ett redskap i vården till exempel vid det första mötet eller för samtalet med efterlevande.

- **Självbild** eller identitet – inbegriper både kognitiva och emotionella komponenter. Viktigt för upplevelsen av välbefinnande och en god död.
- **Självbestämmande** – Centralt för hur vården ska lyckas och hur personens självbild upprätthålls och ska självklart upprätthållas i så hög grad som är möjligt.
- **Sociala relationer** – Bör upprätthållas i den utsträckning som personen själv önskar. I detta S ingår också stöd till närstående. Behandling ska inte vara ett hinder för det sociala livet.
- **Symtom** – Lindring ur fysiska, psykiska och sociala aspekter.
- **Sammanhang** – Innebär att personen ska ges tillfälle att få göra en tillbakablick på livet. Att lyssna på livsberättelsen är ofta ett bra sätt att möta det existentiella behovet.
- **Strategier** – Innebär en framåtblick och praktisk möjlighet att förbereda den egna döden. Att praktiskt syssla med materiella och ekonomiska förberedelser kan ge existentiell lindring.

Resursteam

Resursteamet utgörs av den personalgrupp på respektive avdelning som gemensamt vårdar patienten i livets slutskede, alltså läkare, sjuksköterska/-njursviktskoordinator (Njuko), undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och dietist. Kännetecknande för palliativ vård är att den bedrivs som helhetsvård. Den skall kunna möta alla former av lidande hos svårt sjuka människor och deras närstående (fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt). Det innebär att det team som skall vårda och behandla döende människor måste bestå av olika kompetenser.

Följande professioner kan ingå i ett sådant team:

- Patientens läkare är ansvarig för den medicinska bedömningen av patientens prognos, diagnostik, behandling och dokumentation. Ansvarar även för att kontakt skapas med primärvårdsläkare för etablerande av samordnat vårdansvar om detta inte redan finns.

Läkaren bör ha aktuella kunskaper om palliativ vård, rutiner kring vård i livets slutskede samt orientering om hur och när konsultinsatser bör kopplas in. Läkaren definierar och klargör brytpunkter i sjukdomsförloppet. Det är läkaren som planerar den fortsatta behandlingen i samtal med patient och närstående. Intyg för närståendepenning utfärdas.

- Sjuksköterskan/njursviktskoordinator är omvårdnadsansvarig (OAS), informationsansvarig och kontaktperson för patient och närstående. Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnadsdokumentation och samlar information och upprättar vårdplan i journal. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan är också delaktig i brytpunktsamtalen. Kontakt skapas med respektive sjuksköterska i patientnära hemsjukvård, på sjukhem eller i den palliativa vården. (Begreppet OAS används genomgående för att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsansvar. I praktiken kan OAS betecknas på olika sätt, exempelvis kontaktsjuksköterska).
- Undersköterskan planerar och deltar i den dagliga omvårdnaden när patienten tillbringar sin tid inneliggande på vårdavdelning. Följer upp omvårdnadsåtgärder tillsammans med sjuksköterskan. Rapporterar till övriga teamet vid behov av ytterligare kontakt.
- Fysioterapeuten har hand om viktiga delar av den tidiga palliativa vården: icke-farmakologisk smärtbehandling, rörelseträning, andningsstöd, TENS, massage, avslappning och anpassning av hjälpmedel.
- Dietisten ger nutritionsbehandling utifrån patienten sjukdomstillstånd, förutsättningar, förväntad överlevnadstid och mål. Nutritionsbehandlingen ska bidra till livskvalitet, välbefinnande och om möjligt förbättrat nutritionsstatus. Vid palliativ nutritionsbehandling betonas individens autonomi. I de fall det bedöms aktuellt har dietisten kunskap om enteral eller/och parenteral nutrition. I sent palliativt skede kan livskvaliteten påverkas negativt av att påbörja eller fortsätta en medicinsk nutritionsbehandling. Det är önskvärt att dietisten kopplas in i ett tidigt skede för att kunna anpassa stödet efter patientens aktuella symtom och behov under hela förloppet.
- Kuratorn bistår i första hand med kunskap om kris, kristerapi och samtalsterapi. Vidare bistår kuratorn med stöd i ekonomiska och

sociala frågor för både patient och närstående. Dessa aspekter kan vara betydelsefulla för patientens smärtupplevelse och kan även påverka patientens möjlighet att ta del av föreslagna åtgärder.

- Arbetsterapeuten kan vara behjälplig för patienten i hemmet med anpassning och förändring av boendemiljön eller hjälpmedel för det dagliga livet.
- Externa resurser i form av existentiell/andlig företrädare, specialiserad palliativ vård, smärtteam eller andra resurser för att optimera vården av patienten.

I vårdprogrammets flödesschema (*bilaga 1*) visualiseras flera brytpunkter som bör föranleda ny bedömning och ställningstagande till hur och var patient och närstående får bästa vård. Hela resursteamet ansvarar för att uppmärksamma förändrade behov och aktualisera dessa på teamronder samt bedöma om behov finns av specialiserad palliativ vård. Vid tveksamheter kring bedömning av palliativa vårdbehov bör specialiserad palliativ medicinsk kompetens konsulteras genom kontakt med konsulten eller genom remiss.

Det bör framgå i remissen var patienten befinner sig i sin sjukdom, om och hur fortsatt dialysbehandling är aktuell, vilka njurspecifika behandlingar och provtagningar som ska genomföras samt en uppskattning av förväntad livslängd. Gemensamt behandlingsansvar eller överflyttning till specialiserad palliativ vård bör ordnas om patienten har behov av eller önskemål om detta.

Fortsatt utveckling av samverkan mellan njursjukvård och specialiserad palliativ vård är viktig. En fortsatt implementering av vårdprogrammet är en framgångsfaktor, liksom att möjliggöra för specialister inom palliativ medicin att utföra konsultationsronder och bedömningssamtal på våra sjukhusenheter.

Palliativ njursjukvård

Dialys som livsuppehållande behandling

Denna dialysbehandling planeras pågå på obestämd tid, då patienten inte kommer att kunna genomgå transplantation, till skillnad från tidsbegränsad överbryggande dialysbehandling inför en njurtransplantation.

Patientens läkare gör upp en behandlingsplan i samråd med patient och närstående. Skulle en försämring av patientens tillstånd inträffa som gör att dialysbehandlingens mål behöver omvärderas ska patientens läkare initiera ett brytpunktssamtal. Detta kan även initieras av patienten själv. En öppenhet för denna typ av konversation bör ständigt finnas hos all sjukvårdspersonal, som har kontakt med patienten.

Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan (OAS) på dialysavdelningen etablerar kontakt med patient och närstående. Vid en försämring av patientens tillstånd, som medför ändrad inriktning för dialysbehandling, deltar OAS i brytpunktssamtalet. Om patienten får andra behov på grund av den ändrade inriktningen sammankallar OAS resursteamet.

Erfarenheter från verksamheten är att en tydlig behandlingsplan är grundläggande för den fortsatta vården. Inför dialysstart bör information ges om förväntad utveckling utifrån patientens och närståendes behov. Det är viktigt att fortlöpande uppmärksamma och bedöma hur patienten mår och utifrån vårdbehovet erbjuda adekvata vårdåtgärder samt föra informerande behandlingssamtal, som kan övergå till brytpunktssamtal vid förändringar i patientens tillstånd.

Samverkan: Först vid övergång från livsuppehållande till palliativ dialysbehandling.

Palliativ dialys – behandling som del av palliativ vård

Dialysbehandling eftersträvar inte längre att förlänga livet genom att optimera dialysbehandling och uppfylla vissa effektivitetskriterier, utan fokus läggs på symtomlindring och livskvalitet.

Patientens läkare initierar brytpunktssamtal i samråd med OAS. I samtal med patienten, för delat beslutsfattande, fastställs målen med den fortsatta

behandlingen och omvårdnaden i samråd med närstående och resursteamet. Patienten har rätt och ska ges möjlighet att själv uttrycka sina önskemål kring dialysbehandling, medicinsk behandling, sociala insatser och planering inför den framtida vården inkluderande val av plats för att avsluta sitt liv.

Bedömning av patientens symtom och funktion bör ske kontinuerligt för att kunna erbjuda adekvata vårdåtgärder. Behandlingssamtal/brytpunktssamtal bör hållas regelbundet för att ge patient och närstående möjlighet att planera och uttrycka behov och önskemål. Det är viktigt att patienten och närstående inte får känslan av att bli övergivna. Det finns mycket som kan göras för symtomlindring, bättre livskvalitet samt stöd till närstående, även under pågående dialysbehandling. I detta skede bör dialysbehandlingen anpassas till patientens önskemål avseende livskvalitet och behov av symtomlindring. Patienten bör få möjlighet att planera dialystider, frekvens och duration. Allt för att underlätta att andra aspekter av den palliativa vården tillgodoses, såsom möjlighet att njuta av meningsfulla dagliga aktiviteter och upprätthålla sociala kontakter etc.

Samverkan: Njurmedicinsk kompetens håller i behandlingsplanen. Symtomskattning och adekvata vårdåtgärder kan utföras på njurmedicinsk enhet, men man bör där ta ställning till behov av specialiserad palliativ vård genom kontakt med palliativ enhet för konsultation, gemensamt vårdåtagande eller överflyttning. Om överflyttning blir aktuell är ett gemensamt möte/samtal med patient och närstående att rekommendera. Indikationer för kontakt mellan njurmedicin och specialiserad palliativ vård kan vara samsjuklighet såsom cancer, avancerad hjärt-kärlsjukdom, svårbehandlade symtom, exempelvis smärta och ångest, komplexa tillstånd eller livssituation som medför särskilda behov, önskan att få dö hemma, minderåriga barn eller egen önskan att få vistas på palliativ enhet.

Palliativ vård vid njursvikt efter avslutad eller inte påbörjad dialys

Patientens läkare initierar brytpunktssamtal i samråd med OAS. I samtal med patienten fastställs målen med den fortsatta behandlingen och omvårdnaden i samråd med närstående och resursteamet.

Vårdöverenskommelse/vårdplanering sker mellan primärvård och kommun och njurmedicin i de fall PAL är på njurmedicin. Vid behov konsulteras den specialiserade palliativa vården och ASIH och vid behov av gemensamt

ansvar eller övertagning skrivs remiss. Läkemedelslistan uppdateras, vissa läkemedel kan sättas ut, vid behovsmedicin ska ordineras. Man bör göra en bedömning om det är aktuellt med palliativ peritoneal dialys eller palliativ hemodialys med ultrafiltration för lindring av eventuella övervätskningssymtom.

OAS/njursviktskoordinator bedömer fortsatt omvårdnadsbehov, deltar i brytpunktssamtal och håller kontinuerlig kontakt med patient och närstående, primärvården och hemsjukvården samt står för att sammankalla resterande resursteam vid behov.

Njurmedicinsk kompetens håller i behandlingsplanen. Bedömning av patientens symtom och funktion bör ske kontinuerligt för att kunna erbjuda adekvata vårdåtgärder. Informerande samtal/brytpunktsamtal bör erbjudas regelbundet för att ge patient och närstående möjlighet att planera och uttrycka behov och önskemål. Det är viktigt att patient och närstående inte får känslan av att bli övergivna eller att vårdkontinuiteten bryts i onödan. Det finns mycket som kan göras för symtomlindring och bättre livskvalitet även när dialysbehandling inte längre är aktuell eller inte initieras. Särskilt stöd bör ges till närstående genom hela förloppet.

Samverkan: Om behov av palliativ specialiserad vård föreligger kan man gärna ha ett gemensamt möte. Om möjligt bör det också ske ett gemensamt vårdåtagande för att möta patientens och närståendes behov till exempel för bedömning och eventuell åtgärd av specifika njurmedicinska symtom, samt genom eventuell dialys/ultrafiltration för att minska uremiska symtom eller övervätskningssymtom. Vanligtvis sker de senare vårdåtgärderna endast i undantagsfall och endast vid enstaka tillfällen. De har en strikt symtomlindrande funktion.

Efter dödsfallet

OAS kontaktar närstående och bokar in ett möte med efterlevandesamtal tillsammans med patientens läkare och i vissa fall delar av resursteamet eller i samverkan med palliativa specialistteamet.

Registrering sker i Palliativregistret om patientens dödsplats är på en njurmedicinsk vårdavdelning.

Rekommenderade läkemedel

Den njurmedicinska specialistens rekommendationer för medicinering i sen palliativ fas, det vill säga vid vård i livets slutskede.

Prioritering vid medicinering

Viktiga:	Ångstdämpande, smärtlindrande, medel mot andnöd och rosslighet, antiemetika, medel mot diarré och förstoppning, antiepileptika och insulin om och när det behövs
Mindre viktiga:	Hormoner (till exempel Levaxin), erythropoietin, blodtrycksmediciner, vissa psykofarmaka (samråd eventuellt med psykiater), järn, protonpumpshämmare
Oviktiga och kan sättas ut:	Vitaminer, fosfatbindare, natriumbikarbonat, kaliumbindande läkemedel, statiner

Vanliga symtom att aktivt behandla njursvikt

Illamående/kräkningar	Klåda
Diarré	Muskelkramper
Andnöd	Sömlöshet
Ångest och oro	Smärta
Trötthet	Nedstämdhet
Obstipation	Stickningar eller kramp i fingrar och tår

Tänk på risken för ackumulering av läkemedel och eventuella aktiva metaboliter som huvudsakligen utsöndras via njurar hos patienter med grav njursvikt.

Tänk på risken för interaktioner med andra läkemedel

Väg alltid risken för biverkningar mot nyttan med symtom- och smärtlindring. Ofta kan en viss sedering accepteras för att uppnå smärtfrihet.

Förutom föreslagna läkemedel enligt nedanstående lista, är det **mycket viktigt att även vidta evidensbaserade omvårdnadsåtgärder för symtomlindring**. Dessa finns listade i **Nationellt vårdprogram för palliativ vård - RCC**.

Rekommenderade läkemedelslista

Kan patienten ta tabletter kan man börja med peroral behandling.

Ordination skall alltid finnas och i Region Skåne ska **recept** finnas på apoteket för uthämtning vid behov, alternativt ordination via Pascal för personer med dispenserade läkemedel.

Symtom	Verksam substans	Förslag på läkemedel – dos x antal per dygn
Illamående/k räkning	Ondansetron	<i>T Ondansetron, filmdragerad el munlöslig, 4 - 8 mg 1 x 1-2. Inj Ondansetron 2 mg/ml 4 ml x 2-3 iv (obs! måste spädas)</i>
	Haloperidol	<i>Lösn 2 mg/ml 0,25 – 0,5 ml x 1-2 T Haldol 1 mg 0,5- 1 x 1 Inj Haldol 5mg/ml 0,1-0,5 ml x 1 im</i>
	Metoklopramid	<i>T Primperan 10 mg 0,5 x max 3 ggr/dag Inj Primperan 5 mg/ml 1 ml im/iv max 3ggr dagligen</i>
Diarré	Loperamid	<i>K Loperamid 2 mg x 1-8</i>
	Opiumtinktur	<i>Droppar Dropizol 10 mg/ml 2-3-5 x 2-3</i>
Obstipation	Natriumpikosulfat	<i>Droppar Laxoberal 7,5 mg/ml 10-20 drp x 1 t.n.</i>
	Kaliumklorid, makrogol, natriumklorid, natriumvätekarbonat	<i>Puver Movicol 1 dospåse x 1-3</i>
Klåda	Klemastin	<i>T Tavegyl 1 mg 1 x 2-3-4</i>
	Haloperidol	<i>Lösn Haldol 2 mg/ml 0,25 – 0,5 ml x 1-2 T Haldol 1 mg 0,5 - 1 x 1 Inj Haldol 5mg/ml 0,1-0,5 ml x 1 im</i>
Muskel- kramper Vid lågt magnesium	Diazepam	<i>T Stesolid 2 mg 0,5 -1 x 1-3 vb</i>
	Magnesium	<i>Emgesan 250 mg 1 x 1-2 vb</i>
Stickningar/ Kramp i fingrar/tår	Kalciumkarbonat	<i>Brustablett Calcium Sandoz 0,5 g 1x 1-3 vb</i>

Symtom	Verksam substans	Förslag på läkemedel – dos x antal per dygn
Vid lågt p-kalcium		
Andnöd	Öppet fönster/ bordsfläkt Syrgas Furosemid Glyceryltrinitrat Oxikodon Oxazepam Midazolam	<i>Utifrån behov och effekt</i> <i>Individuell dosering</i> <i>Inj Furosemid 10 mg/ml 16-25-50 ml iv vb, max 100 ml/d</i> <i>Sublingualspray Nitrolingual 0,4 mg/dos 1-2 doser vb</i> <i>Kaps Oxynorm 5 (- 10) mg 1 vb</i> <i>Oral lösning Oxynorm 1mg/ml 1-5 ml vb</i> <i>Inj Oxynorm 10 mg/ml 0,125 – 0,25 – 0,5 – 1,0 ml sc/iv vb</i> <i>T Oxascand 5 - 10 - 15 mg 1 vb</i> <i>Inj Midazolam 1 mg/ml 0,2 – 0,5 im/iv vb</i>
Rosslighet	Glykopyrronium Morfin/Skopolamin	<i>Inj Robinul 0,2 mg/ml 1 – 2 ml im/iv vb</i> <i>Inj Morfin-Skopolamin 10 mg/ml+0,4mg/ml 0,2 – 0,5 ml sc/im vb</i>
Ängest och oro	Oxazepam Midazolam	<i>T Oxascand 5 - 10 - 15 mg 1 x 1–3</i> <i>Inj Midazolam 1 mg/ml 0,2 – 0,5 ml im/ iv vb</i>
Smärta	Paracetamol Fentanyl Oxikodon	<i>T Paracetamol 500 mg 1–2 x 1–4</i> <i>Inf Paracetamol 10 mg/ml 100 ml x 1–4 iv</i> <i>Depotplåster Fentanyl 12,5 – 50 ug/timme var 3:e dygn</i> <i>Långverkande effekt:</i> <i>Depottablett Oxikodon Depot 5–10 mg 1x2</i> <i>Kortverkande effekt:</i> <i>Kaps Oxynorm 5 (- 10) mg 1 vb</i> <i>Oral lösning Oxynorm 1mg/ml 1-5ml vb</i> <i>Inj Oxynorm 10 mg/ml 0,125 – 0,25 – 0,5 – 1,0 ml sc/iv vb</i>
Sömlöshet	Zopiklon	<i>T Zopiklon 5–7,5 mg 0,5 -1 tn</i>
Konfusion	Haloperidol	<i>Lösn Haldol 2 mg/ml 0,25 – 0,5 ml x 1–2</i> <i>T Haldol 1 mg 0,5- 1 x 1</i> <i>Inj Haldol 5 mg/ml 0,1-0,5 ml x 1 im</i>

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Naomi Clyne	Överläkare, medicinska njursjukdomar, Skånes universitetssjukhus	Naomi.Clyne@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Pia.Lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Regionalt programområde för njur- och urinvägs- sjukdomar i Södra Sjukvårdsregionen Läkemedelsrådet AKO		
Kontaktperson Koncernkontoret	Susanna Sjökvist	Medicinsk rådgivare	Susana.Sjokvist@skane.se
Administrativ kontaktperson	Elisabeth Daulin	Publicerare	Elisabeth.Daulin@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2016-04-18	2018-03-31	
Förlängning		2019-12-31	Sven Oredsson
Revidering	2019-09-01	2022-08-31	Naomi Clyne
Revidering	2024-03-21	2027-03-21	Naomi Clyne
Revidering			

Referenser

Brennan F, Collett G, Josland EA, Brown MA. (2015) The symptoms of patients with CKD stage 5 managed without dialysis. *Progress in Palliative Care*. 2015;23(5): 267-273.

Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. (1991) The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*. 1991; 7 (2):6-9. 99.

Davison S.N. et al. (2015) Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care. *Kidney International*. 2015;88(3):447–459.

[Nationellt vårdprogram palliativ vård – RCC \(kunskapsbanken.cancercentrum.se\)](http://kunskapsbanken.cancercentrum.se)

Guidelines for using the revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r). (2010) [Palliative & End-of-Life Care \(PEOLC\) \(albertahealthservices.ca\)](http://albertahealthservices.ca) (sökst 2019-01-15)

Lind S, Wallin L, Fürst C-J, Beck, I, (2019) *Palliative & Supportive care. The integrated palliative care outcome scale for patients with palliative care needs: Factors related to and experiences of the use in acute care settings (cambridge.org)* Published online: 07 March 2019

Lundh-Hagelin C. (2015) ESAS, svensk översättning. *Läkartidningen*. 2017;114: EAW6

Murphy E, Murtagh FEM, Carey I, Sheerin NS. (2009) Understanding symptoms in patients with advanced chronic kidney disease managed without dialysis: use of a short patient-completed assessment tool. *Nephron Clinical Practice*. 2009; 111:74–80.

[Nationell Vårdplan för Palliativ vård \(NVP\). Palliativt utvecklingscentrum \(palliativutvecklingscentrum.se\)](http://palliativutvecklingscentrum.se) (sökst 2018-01-11)

[Senaste version av SOSFS 2011:7 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling - Socialstyrelsen \(socialstyrelsen.se\)](#)

Socialstyrelsen (2017) [Målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer - Socialstyrelsen \(socialstyrelsen.se\)](#)

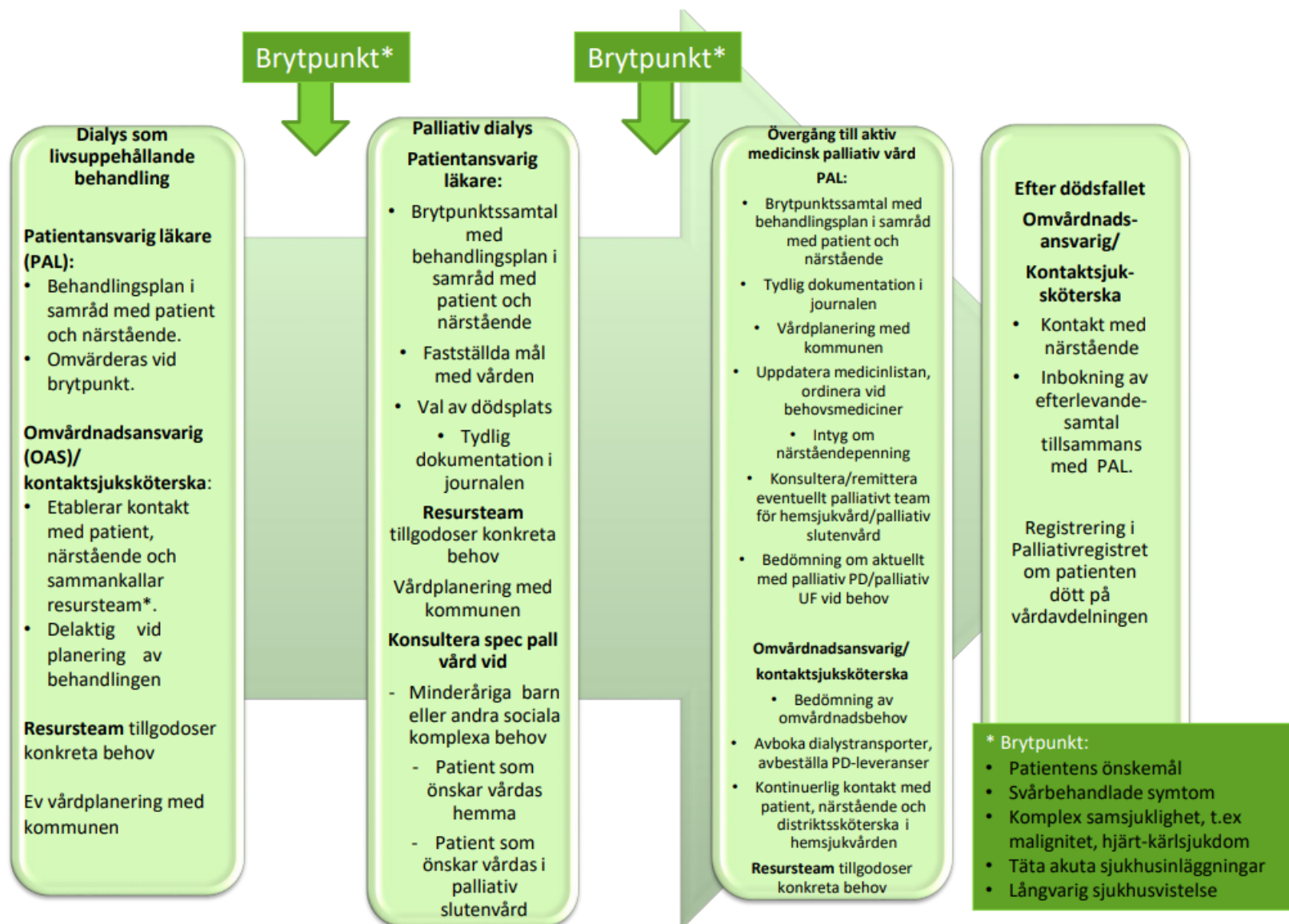
Socialstyrelsen (2018) [Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp \(socialstyrelsen.se\)](#)

Svenska palliativregistret [Start - Svenska palliativregistret \(palliativregistret.se\)](#)

Ternstedt S, Österlind J, Henoch I, Andershed B,(2022) *De 6 S:en: en modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

WHO Definition of palliative care [WHO \(who.int\)](#) (sök 2019-01-11)

Bilaga 1. Flödesschema med de olika faserna i palliativ vård



Bilaga 2. Palliativ njursjukvård

