

Vårdprogram för palliativ njurmedicin

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av ansvariga för hälso- och sjukvård inom Region Skånes koncernledning.

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.

Revideringsdatum: 2019-09-06



Innehåll

Dokumentinformation	3
Bakgrund	4
Vårdprogramsgrupp	4
Avgränsning och definition	4
Läkemedelsrekommendationer	10
Referenser	12



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	Regional medicinsk kunskapsgrupp för njursjukdomar i Södra sjukvårdsregionen		
Kontaktperson Koncernkontoret	Sven Oredsson	Medicinsk rådgivare	Sven.oredsson@skane.se
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Publicerare	Carina.i.akesson@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			
Revidering			

Sökord

Bakgrund

Vård i livets slut är på många sätt likvärdig oberoende av diagnos. Detta dokument är tänkt som ett komplement till Nationellt vårdprogram för palliativ vård (2017) 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 vård möjlighet 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

Avgränsning och definition

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

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 huvudmän 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 sid 6) 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, svårlösta 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 t ex 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, sjukgymnast, 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 brytpunktssamtalet. 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
- Dietistens mål vid kostbehandling av svårt sjuka patienter är att ge förutsättningar för god nutrition och minska respektive förhindra viktnedgång. Det kan bidra till en god livskvalitet, samt öka välbefinnandet och motverka trötthet. Vid palliativ behandling betonas livskvalitetsaspekten genom olika former av föda och dryck, så länge patienten förmår äta och dricka. Om patienten inte längre förmår äta och dricka kan dietisten bidra med kunskaper kring intravenös nutrition, i de fall då detta bedöms vara lämpligt.
- 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, smärteam eller andra resurser för att optimera vården av patienten.

I vårdprogrammets flödesschema 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 det finnas utrymme och möjlighet för konsultbedömning av palliativ medicinsk kompetens. Gemensamt behandlingsansvar eller överflyttning bör även vara möjligt om patienten har behov av eller önskemål om detta.

Fortsatt utveckling av samverkan med specialiserad palliativ vård bör ske. En fortsatt implementering av vårdprogrammet är en framgångsfaktor, liksom att möjliggöra för specialister inom palliativ medicin att utföra konsultationsronder och bedömningsamtal på våra sjukhusenheter.

Analys av samverkansformer mellan kunskapsområde kronisk njursjukdom med palliativ behandlingsintention samt specialiserad palliativ vård

Respektive *kunskapsgrupp* i södra sjukvårdsregionen gav en arbetsgrupp under 2016 uppdrag att analysera möjliga samverkansformer mellan specialiserad palliativ vård och njurmedicin. Syftet var att skapa samverkan för att erbjuda patienter med kronisk njursjukdom med palliativ behandlingsintention och deras närstående bästa möjliga vård baserad på kunskap.

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

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 dialysbehandlingen, deltar OAS i brytpunktssamtalet. Om patienten får andra behov p.g.a. 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

Dialysbehandlingen eftersträvar inte längre att förlänga livet genom att optimera dialysbehandlingen 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. Vid behov skrivs remiss till avancerad hemsjukvård/hospice. Det kan även finnas behov av att konsultera den specialiserade palliativa vården. 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/brytpunktssamtal 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 t.ex. 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.

Läkemedelsrekommendationer

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 (t ex Levaxin), erythropoietin, blodtrycksmediciner, vissa psykofarmaka (samråd eventuellt med psykiater), järn, protonpumpshämmare
Oviktiga och kan sättas ut:	Vitaminer, fosfatbindare, natriumbikarbonat, Resonium, statiner

Vanliga symtom att aktivt behandla vid njursvikt

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

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 2017**.

AKTUELL 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 e-dos.

Symtom	Verksam substans	Förslag på läkemedel – dos x antal per dygn
Illamående/kräkning	Ondansetron	T Ondansetron, filmdragerad el munlöslig, 4 - 8 mg 1 x 1-2 Inj Ondansetron 2 mg/ml, 8 mg x 2-3 iv
	Metoklopramid	T Primperan 10 mg, max 3 ggr/dag Inj Metoklopramid 5 mg/ml, 1-2 ml sc/iv max 3ggr dagligen
Diarré	Loperamid	T Loperamid/Dimor 2 mg x 1-8
Obstipation	Natriumpikosulfat	Droppar Laxoberal 7,5 mg/ml, 10-20 drp x 1 P Movicol 1 dospåse x 1-3
Klåda	Hydroxizin	T/Mixt Atarax 10-25 mg 1 x 1-2, gärna till natten
	Klemastin	T Tavegyl 1 mg 1 x 1-2
Muskelkramper	Diazepam	T Stesolid 2 mg x 1-3 Inj Stesolid Novum 5 mg/ml, 1,25 – 5 mg x 1-3 iv
	Magnesium	Emgesan 250 mg 1 x 1-3 v b vid misstänkt magnesiumbrist
Stickningar/Kramp i fingrar/tår (lågt p-kalcium)	Kalciumglubionat	Brustablett Calcium Sandoz 0,5 – 1 g po vb
		Inj Kalciumglubionat 9 mg/ml, 10 ml iv vb

Symtom	Verksam substans	Förslag på läkemedel – dos x antal per dygn
Andnöd	Syrgas	<i>Individuell dosering</i>
	Furosemid	<i>Inj Furix 10 mg/ml 160-250-500 mg iv vb</i>
	Nitroglycerin	<i>Glytrinspray, 1-2 puffar vb</i>
	Oxikodon	<i>Inj Oxynorm 10 mg/ml 1,25 - 2,5 – 5 – 10 mg sc/iv vb</i>
	Oxazepam	<i>T Oxascand 10 - 25 mg 1 x 1-4</i>
	Midazolam	<i>Inj Midazolam 1 mg/ml 0,2 – 0,5 – 1 mg sc eller iv vb</i>
Rosslighet	Glykopyrron	<i>Inj Robinul 0,2 mg/ml 0,1 – 0,2 mg im/iv vb</i>
	Morfin/Skopolamin	<i>Inj Morfin-Skopolamin 10 mg/ml 2 – 5 mg sc/im vb</i>
Ängest och oro	Oxazepam	<i>T Oxascand 10 - 25 mg 1 x 1-4</i>
	Midazolam	<i>Inj Midazolam 1 mg/ml 0,2 – 0,5 – 1 mg sc eller iv vb</i>
	Hydroxicin	<i>T/Mixt Atarax 10-25 mg 1x 1-2</i>
Smärta	Paracetamol	<i>T Panodil 500 mg 1-2 x 1- 4</i> <i>Inf Paracetamol FreseniusKabi 10 mg/ml 1 g x 1-4</i>
	Fentanyl	<i>Plåster var 3:e dygn, individuell dositering</i>
	Oxikodon	<i>T Oxynorm 5-10 mg vb po, individuell dositering</i> <i>Kaps Oxycotin för långverkande effekt, individuell dositering 1x2</i> <i>Inj Oxynorm 10mg/ml 1,25 – 2,5 – 5 – 10 mg sc/iv vb, individuell dositering</i>
Sömnlöshet	Zopiklon	<i>T Zopiklon 5-7,5 mg 1-2 tn</i>
Konfusion	Haldol	<i>Lösn/Tabl Haldol 0,5 – 1 mg x 1-2</i>
		<i>Inj Haldol 0,5-1 mg x 1 im</i>

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

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

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.
- Fürst C-J (red). (2017) *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2017*. Regionala cancercentrum i samverkan Stockholm Gotland. https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf (sök 2019-01-11)
- Guidelines for using the revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r). (2010) <http://www.palliative.org/NewPC/pdfs/tools/3C7%20ESAS-r%20guidelines%20Aug%2022%202014.pdf> (sök 2019-01-15)
- Lind S, Wallin L, Fürst C-J, Beck, I, (2019) The integrated palliative care outcome scale for patients with palliative care needs: Factors related to and experiences of the use in acute care settings. *Palliative & Supportive care*. <https://doi.org/10.1017/S1478951518001104> 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. <https://palliativtutvecklingscentrum.se/vardpersonal/nationell-varoplan-nvp/> (sök 2018-01-11)
- SOSFS 2011:7. Socialstyrelsen (2011). *Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*. Linköping: Linköpings Tryckeri AB. <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-7> (sök 2019-01-11)
- Socialstyrelsen (2017). *Palliativ vård i livets slutskede. Målnivåer för indikatorer*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-22> (sök 2018-01-11)
- Socialstyrelsen (2018). *Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp*. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-8-6> (sök 2019-01-11)
- Svenska palliativregistret. <http://palliativ.se/> (sök 2019-01-11)
- Ternstedt S, Österlind J, Henoch I, Andershed B,(2012) *De 6 S:en: en modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO Definition of palliative care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (sök 2019-01-11)