



## Allmenntmedisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmenntmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

# Palliativ behandling – Om symptomlindring i allmennpraksis – i tradisjon

■ SIRI BRELIN spes. allmenntmedisin, overlege Senter for lindrende behandling SØ-Fredrikstad, PhD-stipendiat Kreftsentret UiO Ullevål

**Palliative kreftpasienter opplever mange plagsomme symptomer, og ofte flere symptomer samtidig. De vanligste symptomene er smerter, kvalme, obstipasjon, fatigue, depresjon, angst og dyspné. Der hvor årsaksrettet behandling ikke er mulig eller utilstrekkelig, vil pasienten være i behov av symptomrettet lindrende behandling. Det er ønskelig at denne behandlingen kan gis i hjemmet eller så nær hjemmet som mulig. Dette innebærer at fastlegene og kommunehelsetjenesten ventes å ha kompetanse også innenfor dette fagfeltet. Denne artikkelen gir en kortfattet oversikt over lindrende behandling av kvalme, obstipasjon, angst/depresjon, delir og fatigue.**

### En ny æra?

Mitt allmennlege-liv, som startet for vel 20 år siden, fikk en foreløpig stopp våren 2011 da jeg begynte som sykehuslege ved Senter for lindrende behandling ved Sykehuset Østfold. Selvmotsigende nok var skiftet til sykehuslege et resultat av en mangeårig interesse for arbeid med alvorlig syke og døende i primærhelsetjenesten, samt en sterk overbevisning om at LEON-prinsippet (nå gjenfødt som BEON-prinsippet=beste effektive omsorgsnivå) fortsatt er sterkt gjeldende i en æra preget av snakk om ny samhandlingsreform. Allmennleger har alltid samhandlet, men ofte har det vært en oppfatning at kompetanseoverføring var noe som skulle foretas fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Jeg har håp om at den nye æraen også tilsier at kompetanseoverføringen nå vil gå begge veier. Det er allmennlegene og primærhelsetjenesten som vet hva som må til for at pasienten skal kunne få tilbud i en effektiv førstelinjetjeneste (tidligere «laveste effektive omsorgsnivå»), og dette er vesentlig kunnskap for den videre samhandlingen.

### Fastlegen og palliasjon

Anette Fosse hadde en svært god artikkel i Utposten nr. 5/2011, som omhandlet fastlege-

nes rolle i omsorgen for alvorlig syke og døende pasienter. Mitt herværende oppdrag i Utposten kommer som en oppfølger til denne artikkelen, og er tenkt som en mer klinisk rettet artikkel i retning av «slik-gjør-vi-det».

Rent statistisk vet vi at hver allmennlege i gjennomsnitt forholder seg til mellom en og tre kreftpasienter som er i en palliativ fase per år. Dette innebærer at den enkelte lege har behov for tilpasset kompetanse. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i Kreftomsorgen (Helsedirektoratet 2010) omtaler kompetanse delt inn i tre nivåer (FIGUR 1), hvor allmennlegen anses som Nivå B. Som allmennlege vet jeg at man trenger lett tilgjengelig og kortfattet kunnskap som gjør at man raskt kan fatte nødvendige beslutninger i pasientbehandlingen. Jeg vil derfor i denne artikkelen gå inn på symptomrettet behandling av et utvalg av vanlige plager i en palliativ fase av uhelelig sykdom, med mest vekt på kreftsykdom. På redaksjonens oppfordring vil jeg fokusere på kvalme, obstipasjon, angst/depresjon, forvirringstilstander/delir, fatigue og appetittløshet, og ikke gå inn på smertebehandling (men klarer nok ikke helt å holde meg borte fra noen korte råd om håndtering av bivirkninger ved opioid-behandling).

FIGUR 1. Oversikt over kompetansenivåer, forkortet versjon etter Nasjonal Handlingsplan med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.

KOMPETANSEnivå	KVALIFIKASJONER
Nivå A	Grunnutdannelsen i palliativ medisin fra medisinstudiet.
Nivå B	Gjennomført kurs i palliasjon i regi av Legeforeningen. Norsk forening for palliativ medisin og de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling arrangerer i samarbeid kurs i palliasjon tilsvarende nivå B for både allmennleger og sykehusleger
Nivå C	Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette legen i stand til fulltids virksomhet som overlege i spesialisert palliativ virksomhet (palliativt team / palliativt enhet), med ansvar for et betydelig antall pasienter med avansert, livstruende sykdom og komplekse problemstillinger.

# ikke bare smerte!

«slik gjør vi det»



ILLUSTRASJON: WWW.PICHAUX.ORG

## Generelt om palliativ behandling

Palliativ behandling har som mål å bedre pasientens livskvalitet gjennom best mulig bevart funksjonsnivå og best mulig symptomkontroll. Man tilstreber en helhetlig tilnærming som også omfatter omsorg for pårørende. Dette innebærer at behandlingen må individualiseres. Et godt prinsipp er å gjøre behandlingen så enkel som mulig, men med fortløpende evaluering av effekt og bivirkninger. Evalueringsverktøyet ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment System – revidert versjon) gir behandlere et innblikk i pasientens egne vurderinger av forskjellige

symptomer (FIGUR 2, s. 8). Dersom det er mulig, behandles årsaken til symptomet, hvis ikke tilstrebes lindring av symptomet.

## Kvalme og oppkast

Kvalme forekommer hos i underkant av 40 prosent av pasienter med avansert kreftsykdom, både som primærsymptom og som bivirkning av behandling.

Årsakene kan være relatert til CNS (angst, smerter, biokjemiske forstyrrelser som ved hyperkalsemi og organsvikt, medikamentbivirkninger/metabolitter, økt intrakranielt

trykk) eller GI-tractus (obstipasjon, malign tarmobstruksjon/ileus-tilstander, hepatomegali og andre intraabdominale tumormasser, ulcus pepticum, stråleterapi/cytostatika). Tilpassede diagnostiske overveielser bør foretas for best mulig rettet behandling. Tumorrettet behandling med strålebehandling/kirurgi av hjernemetastaser og evt. kirurgisk intervensjon ved malign tarmobstruksjon skal også vurderes.

Hvilket medikament som skal brukes bestemmes av hva man finner er mest sannsynlig tilgrunnliggende årsak til kvalmen og

## Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsighet (døsighet=å føle seg søvning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Annet problem (f. eks. forstoppelse)												

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fyll ut av (sett et kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

### Formål med ESAS-r:

- Oppnå best mulig symptomlindring for pasientene.
- Sikre sikker og effektiv registrering av de vanligste symptom hos pasienter med behov for lindrende behandling.
- Lette skildring av symptom, gi felles referanseramme i kommunikasjon og rapportering av pasientenes tilstand.
- Forenkle og standardisere dokumentasjonen for den enkelte pasient.
- Kvalitetssikre arbeidet med den enkelte pasient og på avdelingen/posten i sin helhet.
- Øve opp systematisk registrering som forberedelse til eventuell forskning.

FIGUR 2. Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

hvilke øvrige symptomer pasienten har, for om mulig å få gunstig virkning også på disse.

De aktuelle antiemetiske medikamentene er presentert i figur 3.

### Obstipasjon

I likhet med kvalme, kan også obstipasjon være et primærsymptom (malign tarmobstruksjon, peritoneal carcinomatose) eller en bivirkning av medikamenter (eks. opioider, ondansetron, antikolinergika). Prevalensen ligger på omkring 50 prosent hos pasienter med avansert kreftsykdom.

I motsetning til behandling av obstipasjon hos ellers friske, er ikke-medikamentell behandling med væsketilførsel og fysisk aktivitet ofte ikke mulig eller utilstrekkelig hos denne pasientgruppen. Dette gjør at man må ty til laxantia (bløtgjørende og peristaltikkfremmende), og hos opioidbehandlede pasienter er laxantia obligat. Vi kan dele behandlingen inn i forebyggende og terapeutiske opplegg, se figur 4 på side 10.

Obstipasjonsdiare er en tilstand hvor flytende avføring presses forbi harde fekalknoller i rektum (impaksjon), ofte feiltolket som diaré.

### Angst/depresjon

Vurdering av angst og depresjon er vanskelig hos palliative pasienter blant annet fordi det kan være vanskelig å skille mellom en situasjonsbetinget sorg og en depresjon. En gammel oppfatning er også at det er naturlig å være deprimeret ved alvorlig sykdom, en oppfatning som nok har vært til hinder for at palliative pasienter har fått tilbud om relevant behandling mot depresjon. Diagnoseverktøy som MADRS er uegnet fordi disse pasientene har mye somatiske plager som ikke er relatert til psykisk lidelse, men som vektlegges i MADRS. På den annen side er det viktig å lindre smerter og andre symptomer som kan medvirke til utvikling av depresjon. Ofte kan spørsmålet: «Føler du deg deprimeret?» være nyttig i tillegg til pasientens egen vurdering i ESAS-r.

Det er varierende opplysninger om prevalens av disse lidelsene i litteraturen, men et rimelig anslag er mellom 10–30 prosent for depresjon og noe høyere for angst. I mitt forskningsmateriale med alle pasienter som døde av kreft i Norge i 2005 og 2006 var det 21 prosent som mottok antidepressiv medikasjon.

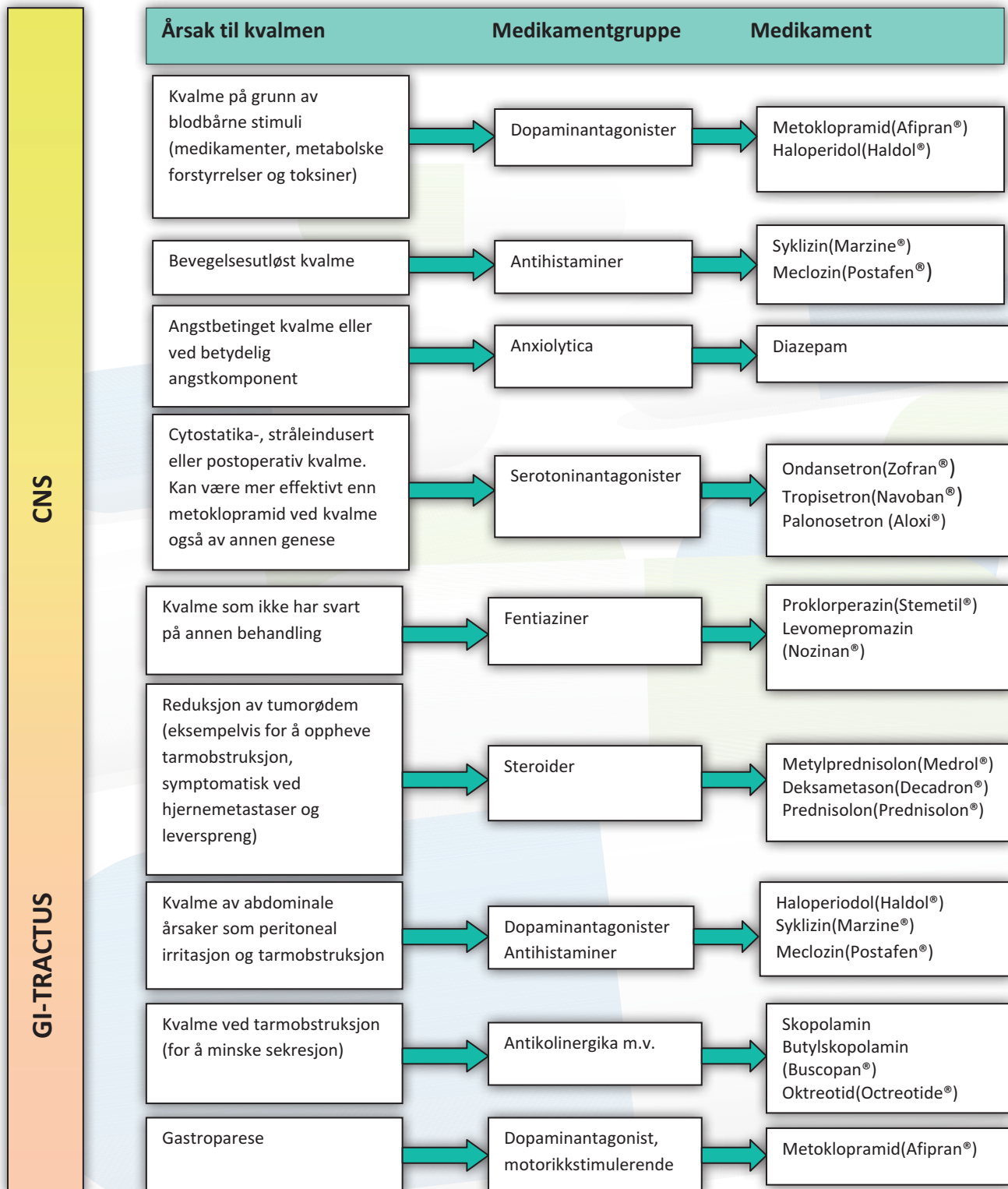
EU-prosjektet European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC), som jobbet tett sammen med The European Association for Palliative care (EAPC), nedsatte faggrupper som etter litteraturgjennomgang har formulert guidelines for behandling av forskjel-

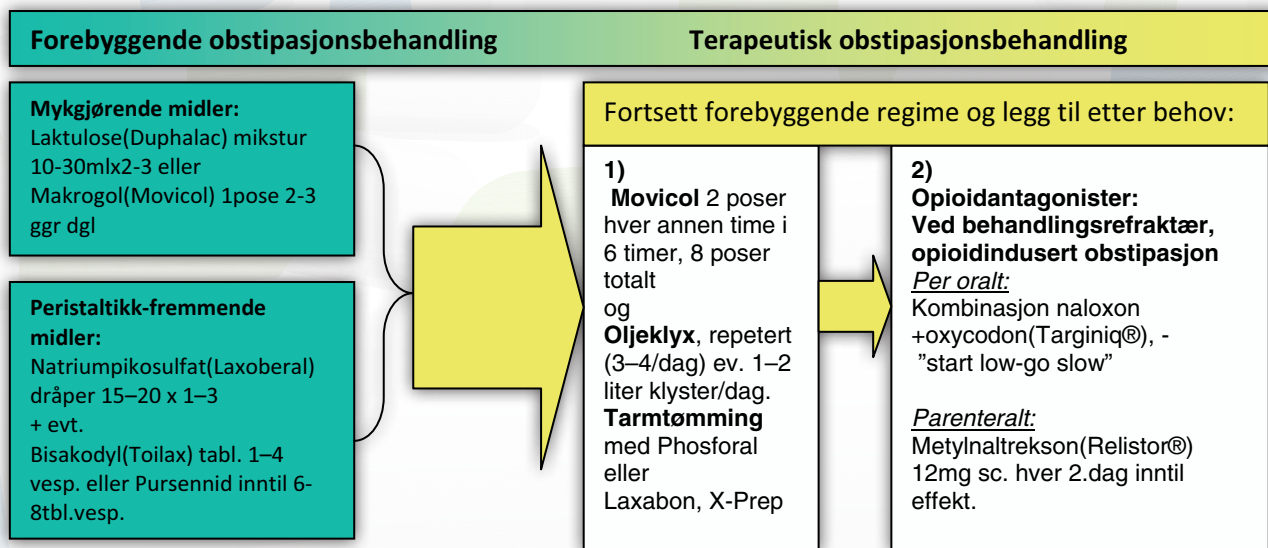
lige palliative tilstander, deriblant også for depresjon (Rayner L et al, Eur.J.Cancer 2011; 47: 702–712). Man har funnet evidence for at antidepressiv medikasjon har effekt hos palliative pasienter, men finner svakere holdpunkter for at noen antidepressiva virker bedre enn andre. Man har derfor vektlagt øv-

rig symptomatologi som viktig ved valg av antidepressiv behandling, som for eksempel ønske om sederende bi-effekt hos pasienter med insomni (eks.mirtazapin/Remeron®, mi-anserin/Tolvon®, amitriptylin/Sarotex®), appetittøkende bi-effekt hos anorektiske pasienter (eks.mirtazapin), smertelindrende

bi-effekt hos pasienter med nevropatiske smerter (eks.amitriptylin). Likeledes unngås helst trisykliske antidepressiva hos eldre pasienter med falltendens, og pasienter som er plaget av munntørrhet. SSRI- og NSRI-preparater sidestilles med de øvrige antidepressive medikamentene, men har få gunstige bi-

FIGUR 3. Medikamentoversikt ved ulike årsaker til kvalme. BAKGRUNNSILLUSTRASJON: COLOURBOX





FIGUR 4. Oversikt over forebyggende og terapeutisk obstipasjonsbehandling. BASERT PÅ OVERSIKT I «LINDRING I NORD», UNN 2009. BAKGRUNNSILLUSTRASJON: COLOURBOX

effekter, og har uheldige bivirkninger med bl.a. kvalme, obstipasjonstendens og urinretensjon.

Det er svakere evidence for betydningen av ikke-medikamentelle, terapeutiske behandlingsmetoder hos alvorlig syke og døende, men i den helhetlige omsorgen som tilstrebes inngår mange elementer som vanligvis inngår i slik tilnærming.

Medikamentell angstbehandling av palliative pasienter bygger i hovedsak på benzodiazepiner, og vil oftest være relativt enkelt å behandle så sant pasientene får tilstrekkelige doser. I motsetning til tankegangen hos ellers friske pasienter, trenger man ikke å bekymre seg for tilvenningsfare, og vi setter oftest ikke

noen maks døgndose benzodiazepin til disse pasientene. Doseringene kan gis ved behov eller til faste tider avhengig av hva den enkelte pasient foretrekker.

Andre angstdempende medikamenter som neuroleptika/antipsykotika og antidepressiva med angstdempende effekt kan evt. også foresøkes.

Oversikt over aktuelle anxiolytika til palliative pasienter finnes i figur 5.

### Forvirringstilstander/delir

Delirium er definert som en akutt forstyrrelse av bevissthetsnivået (timer eller dager) med redusert evne til å fokusere, fastholde eller skifte oppmerksomhet. Dette kan ledsages av endringer i kognitive funksjoner slik som nedsatt hukommelse, desorientering eller hallusinasjoner (oftest syn) og/eller vrangforestillinger, som ikke skyldes demens. Tilstanden skal skyldes en medisinsk tilstand, og har ofte et svingende forløp gjennom døgnet. Vi skiller mellom hyperaktivt, hypoaktivt og blandet delir.

Anslagene for forekomst av delir blant pasienter tilknyttet palliative enheter varierer mellom 34-88 prosent, og utløses ofte av legemidler (eks. opioider, benzodiazepiner, antidepressiva, steroider og anti-epileptika). Også elektrolyttforstyrrelser, hypoksi, infeksjoner og metabolske forstyrrelser kan utløse delir. Pasienter med tidligere hjernelidelser (eks. demens, hjernetumores/-metastaser), sanse-svikt og alvorlig redusert almenntilstand er spesielt utsatt for utvikling av delir.

Aktuelle intervensjoner består både i tilrettelegging av miljøet rundt pasienten (stimulusbegrensning, markering av døgnrytme, realitetsorientering, stabil personalkontakt) og medikamentell behandling. Behandling av hyperaktive, deliriøse symptomer har som siktemål å sedere, dosen titreres opp, og oftest brukt er midazolam (Dormicum® 1-30 mg per døgn), haloperidol (Haldol® 1-30 mg per døgn) og clomethiazol (Heminevrin® 900-1800 mg per døgn), men også olanzapin (Zyprexa® 2,5-12,5 mg per døgn) og risperidone (Risperdal® 0,5-2 mg per døgn) kan benyttes. Hypoaktivt delir behandles sjelden.

Informasjon til pårørende er essensielt da dette er svært skremmende tilstander.

### Fatigue

Med begrepet fatigue forstås en overveldende utmattelse som ikke bedres vesentlig av hvile. Dette rammer anslagsvis 80-90 prosent av alle kreftpasienter.

Der man ikke finner en kausal årsak til utmattelsen (eks. anemi, infeksjon, dehydrering, elektrolytt-/hormonforstyrrelser, underernæring, depresjon, søvnforstyrrelse eller medikamentbivirkning) som er tilgjengelig for korrigerende, står vi tilbake med mulighet for symptomatisk behandling med steroider og ikke-medikamentell tilnærming (energiprioritering og tilrettelagt fysisk aktivitet med aerob trening). Vanligvis benyttes Prednisolon 10 mg x 2. Psykostimulantia benyttes som regel ikke i Norge da det er inkonklusiv evidens for at dette har noen plass i palliativ behandling.

FIGUR 5. Aktuelle anxiolytika til palliative pasienter. (BASERT PÅ OVERSIKT I «LINDRING I NORD», UNN 2009)

- Oxazepam 5-15 mg ved behov eller x 3, ev.25 mg om kvelden (Sobril®)
- Diazepam 2,5-10 mg po/iv/supp ved behov eller til faste tider (Valium®, Vival®, Stesolid®)
- Midazolam (Dormicum®) i smertepumpe, 4-10 mg (sjelden>20mg)/24 t i smertepumpe, ev. 1-2,5 mg sc eller iv ved behov.
- Olanzapin (Zyprexa®) tabl. 2,5-10 mg (finnes som smeltetablett)
- Levomepromazine (Nozinan®) po/sc/im/iv 5-25mg ved behov, maks døgndose 400 mg. NB! 5 mg Nozinan po tilsvare 2,5 mg parenteralt.

Ved vedvarende angst, velg et antidepressivum med angstdempende effekt.

**Smertelindring – medaljens bakside og opioid rotasjon**

Mange av de plagene palliative kreftpasienter opplever kan i tillegg til å være forårsaket av tumorvekst, også komme av bivirkninger av vanlige benyttede medikamenter, i særdeleshet opioidene. Obstipasjon, kvalme, kognitiv dysfunksjon, delir og myoklonier (rykninger) er vanlige bivirkninger av opioider. Dette gjør at det er nødvendig å tenke over mulighetene for å minimalisere disse bivirkningene, enten ved å forebygge bivirkningene (laxantia, antiemetika, unngå overdosering, trygge og forutsigbare omgivelser) eller ved å redusere dosen av opioid ved å gjøre et skifte til et annet opioid («opioid-skifte», se figur 6). Jeg vil eksemplifisere dette slik:

Mann 70 år prostatakreft med skjelettmetastaser. Smertebehandlet med Dolcontin tbl 100 mg x 2. På grunn av bivirkninger med myoklonier velger jeg å gjøre en opioid rotasjon til Fentanyl plaster og seponere Dolcontin (morfin). Ekvipotent dose fentanyl transdermal vil være ca. 60–70 µg/t i forhold til døgndosen morfin på 200 mg. Imidlertid dose-reduserer jeg med 30 prosent til 40–50 µg/t fentanyl plaster.

Det er usikkert hvorfor, men sannsynligvis på grunn av forhold relatert til opioidreseptorene, vil den reduserte dosen (anbefalt 20–50 prosent reduksjon) gi like god smertelindring

ved opioid rotasjon og dessuten ha gunstig effekt på myokloniene. Det samme prinsippet gjelder ved bytte til et hvilket som helst annet opioid, - ved rotasjon til oxycodon (Oxycontin®), ville ekvipotent døgndose vært 100mg, men pga opioid-skifte innsettes ca. 60–80 mg per døgn, dvs. for eksempel Oxycontin 40 mg x 2.

Dette var en ganske lynrask, kortfattet gjennomgang av hvordan vi gjør symptomlindring hos palliative pasienter. Jeg vil benytte anledningen til å anbefale Helsedirektoratets side med Nasjonalt handlingsprogram som er nevnt i kildene under. Her får man raskt en oversikt over utredning og behandling av mange palliative tilstander. For de som måtte være litt ekstra interessert i palliativ medisin vil jeg anbefale nettsiden til vår forening Norsk forening for palliativ medisin (<http://www.palliativmed.org/id/76085>) hvor man også

**KILDER**

- Nasjonal handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, Helsedirektoratet 2010, <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/3.+Symptomer+og+tilstander/Smerte+%28revidert+2009%29>
- Håndbok i lindrende behandling, UNN 2009, <http://www.unn.no/category11934.html>
- Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur.J.Cancer* 2011; 47: 702–712.
- Report on fatigue by the expert working group of the European Association for Palliative Care (EAPC) 2008. *Palliative Medicine* 2008; 22: 13–32.

Når opioidbehandling ikke gir en akseptabel balanse mellom bivirkninger og smertelindring, kan man bytte til et annet opioid – «opioid-skifte».

Ved opioid-skifte kan det oppnås likeverdig eller bedre smertelindring på en lavere dose opioid, målt i morfinekvalivalente milligram. Samtidig reduseres bivirkningene, sannsynligvis pga. reduksjon av bivirkningsfremkallende metabolitter.

FIGUR 6. Opioid-skifte.

får informasjon om det nyopprettede pilotprosjektet Kompetanseområde i palliativ medisin, en slags ny «sub-spesialisering» for spesialister fra kliniske fag med interesse for palliasjon.

 [siri.brelin@gmail.com](mailto:siri.brelin@gmail.com)