

Smärta i palliativ vård

B5-kurs
2026-02-03

Per Furst, MD, PhD

Specialist i geriatrik och palliativ medicin
Överläkare Palliativa kliniken Ersta Sjukhus



Disposition – 80 minuter



- Fallbeskrivningar
- Fallgröpar vid palliativ smärtlindring
- Vad är smärta?
- Vad är det som gör ont?
 - Smärtfysiologi och huvudtyper av smärta
- Hur ska vi göra?
 - Mekanismbaserad smärtlindring
- Vad gör vi när det vanliga inte biter?
 - Komplex smärta i palliativ vård
 - Kropp och själ hänger ihop

Palliativ vård allt mer icke-cancer.

De flesta principer är allmänna och fungerar för icke-malign smärta, men ibland använder jag cancerexempel.

De blir så tydliga.

Opioider används på annat sätt än i annan vård

Vad är smärta?

*”En obehaglig **sensorisk** (=fysisk) och **känslomässig** upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller **beskriven** i termer av sådan skada.”*

Smärtan är alltid **subjektiv**

(enligt IASP- International Association for the Study of Pain)

Fallbeskrivning Axel 75 år

Axel ligger på sjukhus där du just börjat som läkare

Han har haft flera hjärtinfarkter och är obotligt sjuk och döende i lungcancer.

Länge haft bra smärtlindring av paracetamol 1g x 3 samt långverkande oxikodon 60 mg x 2.

Sedan någon vecka **tilltagande** svåra **rörelseutlösta** smärtor från vänster skulderparti och brösttrygg (där han har skelettmetastaser + en ömmande subkutan metastas).

Axel har blivit helt sängliggande. Mycket ont vid minsta rörelse. Både du och personalen gissar att Axel har max någon vecka kvar. Han mår inte bra och han är inte flyttbar. Han orkar inte med besök.

Kan vi förbättra Axels smärtlindring?



Fallbeskrivning Gunnar 80 år...

- Prostatacancer sedan 10 år. Skelettmetastaser, bl.a. kotpelaren.
- Utstrålande smärtor från rygg ner i ena benet. NRS 6-7 vila, 8-10 vid belastning. Känselförändringar.
- Höga och stigande doser Dolcontin. Extradoser morfin ger mest trötthet.

Fallbeskrivning Elsa...

Elsa är 85 årig kvinna (änka) med metastaserande bröstcancer

Inskrivs i ASIH bl.a. pga smärtproblem

Står på Dolcontin 20 mg x 2 + morfin vb.

Larmar – sjuksköterska gör besök. Dosen behöver höjas till Dolcontin 30 mg x 2. Blir smärfri just då.

Detta sker gång på gång – larmar varje dag. Dosen behöver höjas. Blir smärfri efter varje jourbesök där dosen höjs.

Snabbt ökande doser. Missbruk? Ger hon tabletterna till någon?

Får smärtpump – nu blir det stabilt i 3 dygn!

Larmar fredag f.m. - har VAS 7. **Vad göra??**

Två vanliga "fallgropar" vid palliativ smärtlindring...

Fallgrop 1

Man tänker att all smärta kan lindras med (mer) opioid

Fallgrop 2

Eftersom opioider kan ge en kortvarig känslomässig lindring, kan man lätt misstolka den som bra smärtlindring

Lösning → Man behöver identifiera mekanismen bakom smärtan!

Angående "fallgrop" 1

MYT OM MORFINBEHANDLING

"Opioider tar bort all smärta,
om dosen är tillräckligt hög"

"Fallgrop" 1

Man tänker lätt att all smärta kan lindras med (mer) opioid



Men så är det ju inte!

Man behöver göra smärtanalys

Vid dålig opioideffekt kan det snabbt bli väldigt höga doser

Istället → identifiera och behandla **mekanismen bakom smärtan**

Exempel:

Svår huvudvärk från tryckande hjärnmetastaser → kortison

Krampande/spasmisk muskulatur → bensodiazepiner, baklofen

Smärta från en metastassvullen lever → avsvällande kortison

Skelettmetastaser → tillägg COX-hämmare och läkemedel mot neuropatisk smärta, strålning

Smärtande cancersår → opioidgel

COX-hämmare=
NSAID

...Mekanismbaserad smärtbehandling...

Två huvudtyper av smärta

EMOTIONELL
SMÄRTKOMPONENT

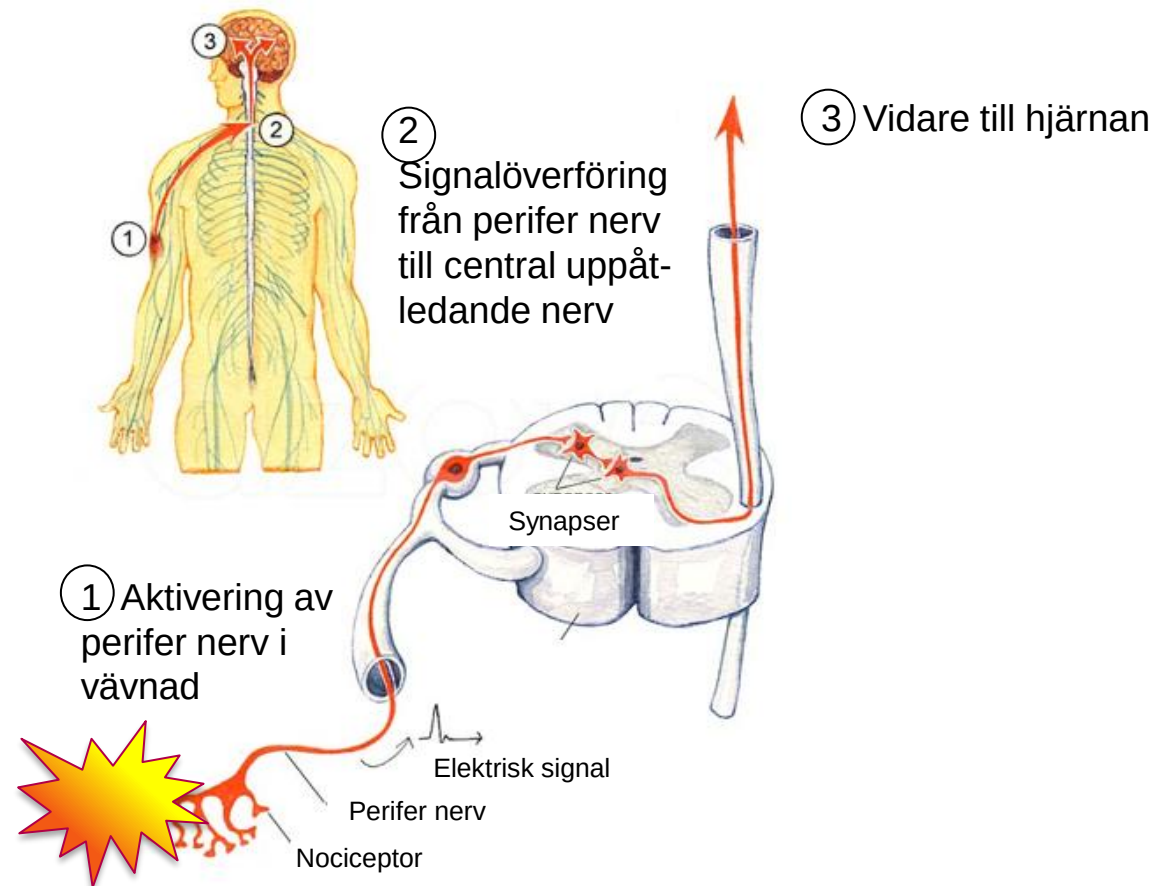


NOCICEPTIV SMÄRTA
vävnadsskadesmärta

NEUROPATISK SMÄRTA
smärta från sjukdom/skada i
själva nervsystemet

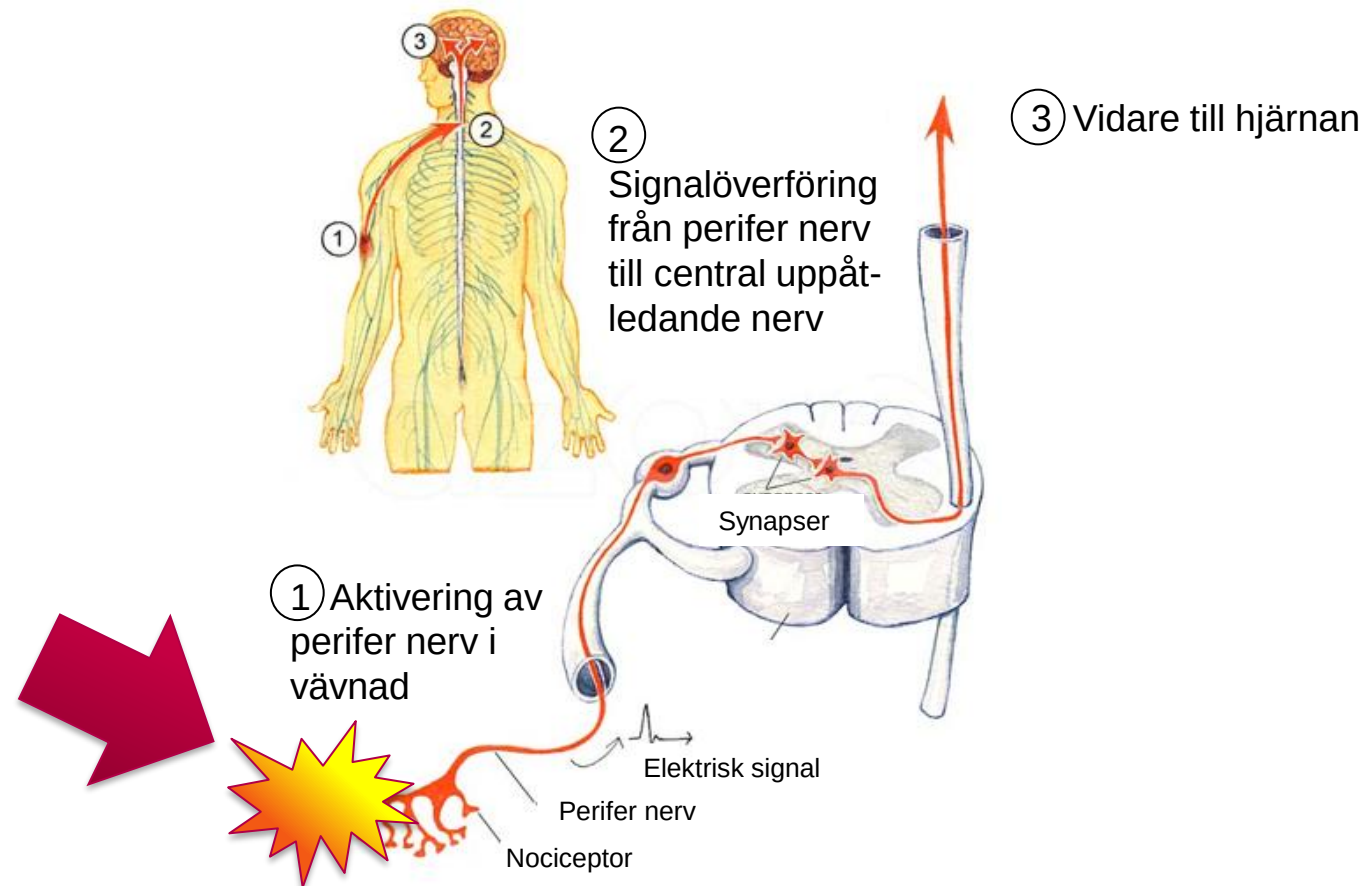
Vad är det som gör ont?

Smärtsignalering - **nociception**



...Mekanismbaserad smärtbehandling...

Nociceptiv smärta



...Nociceptiv smärta...

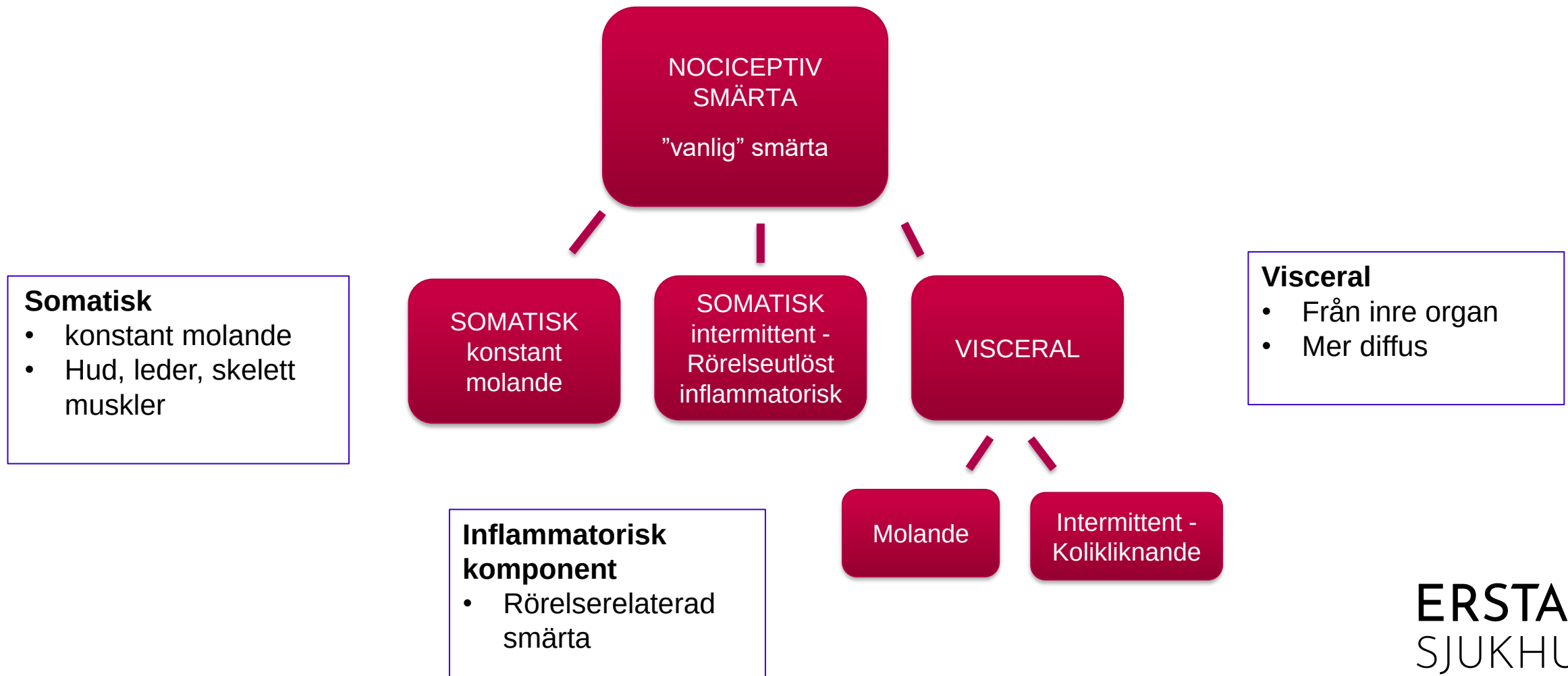
Vanligt vid

- **Vävnadsskada av alla slag**
- **och vid cancer**

men också till exempel vid

- svår **ledvärk** (artros) och **ryggvärk** (t.ex. på grund av osteoporos)
- gikt
- kroniska bensår mm

Det hjälper att tänka sig tre typer av NOCICEPTIV smärta (skadad vävnad, friskt nervsystem)



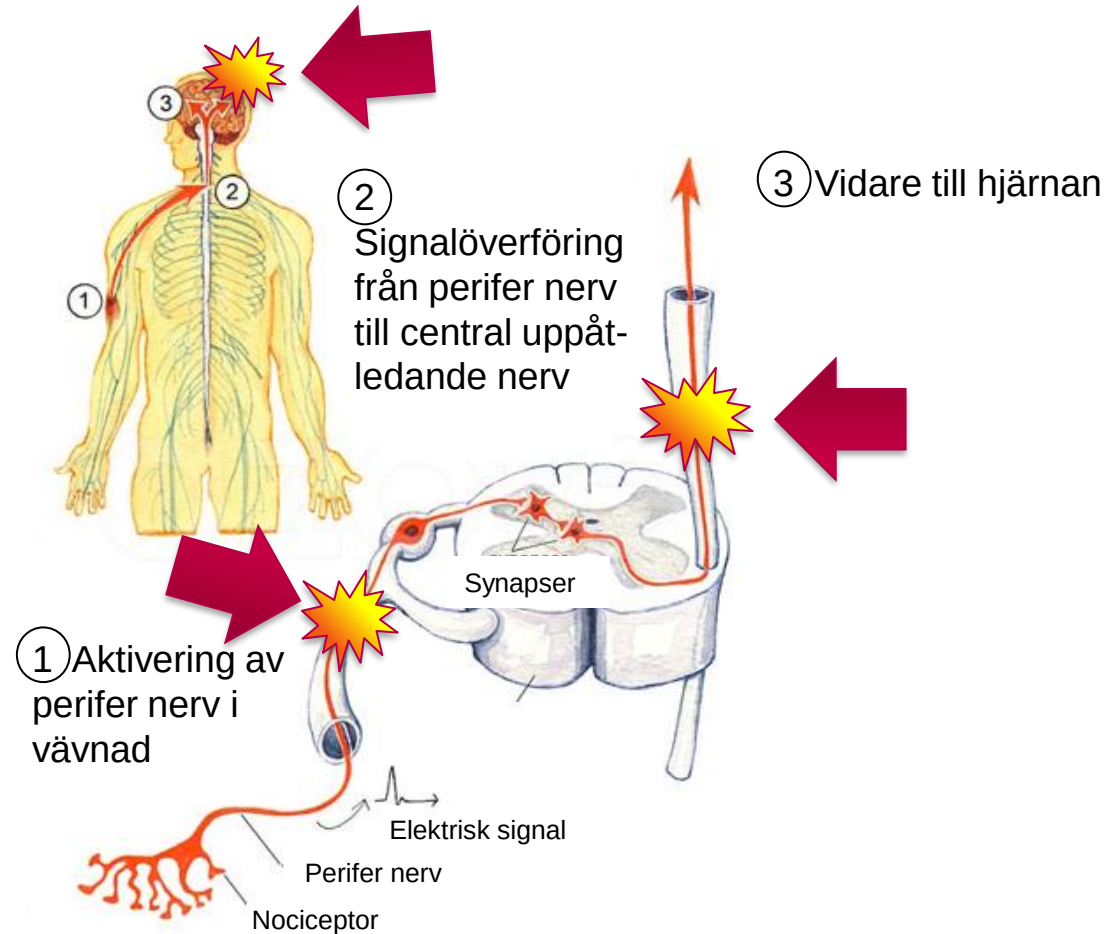
...Mekanismbaserad smärtbehandling...

NOCICEPTIV SMÄRTA
"vanlig" smärta

NEUROPATISK SMÄRTA
smärta från sjukdom/skada i
nervsystemet

Neuropatisk smärta

Skadat nervsystem



NEUROPATISK smärta

- Smärta från nervsystemet självt
- Andra smärtemekanismer än de vanliga nociceptiva
- Tillägg med andra läkemedel än de vanliga kan behövas
- Svårbehandlat

"Fallgrop" 2

Eftersom opioider kan ge en kortvarig känslomässig lindring, kan man lätt misstolka den som bra smärtlindring

De flesta mår ju lite bättre efter en injektion med opioid

...Mekanismbaserad smärtbehandling...

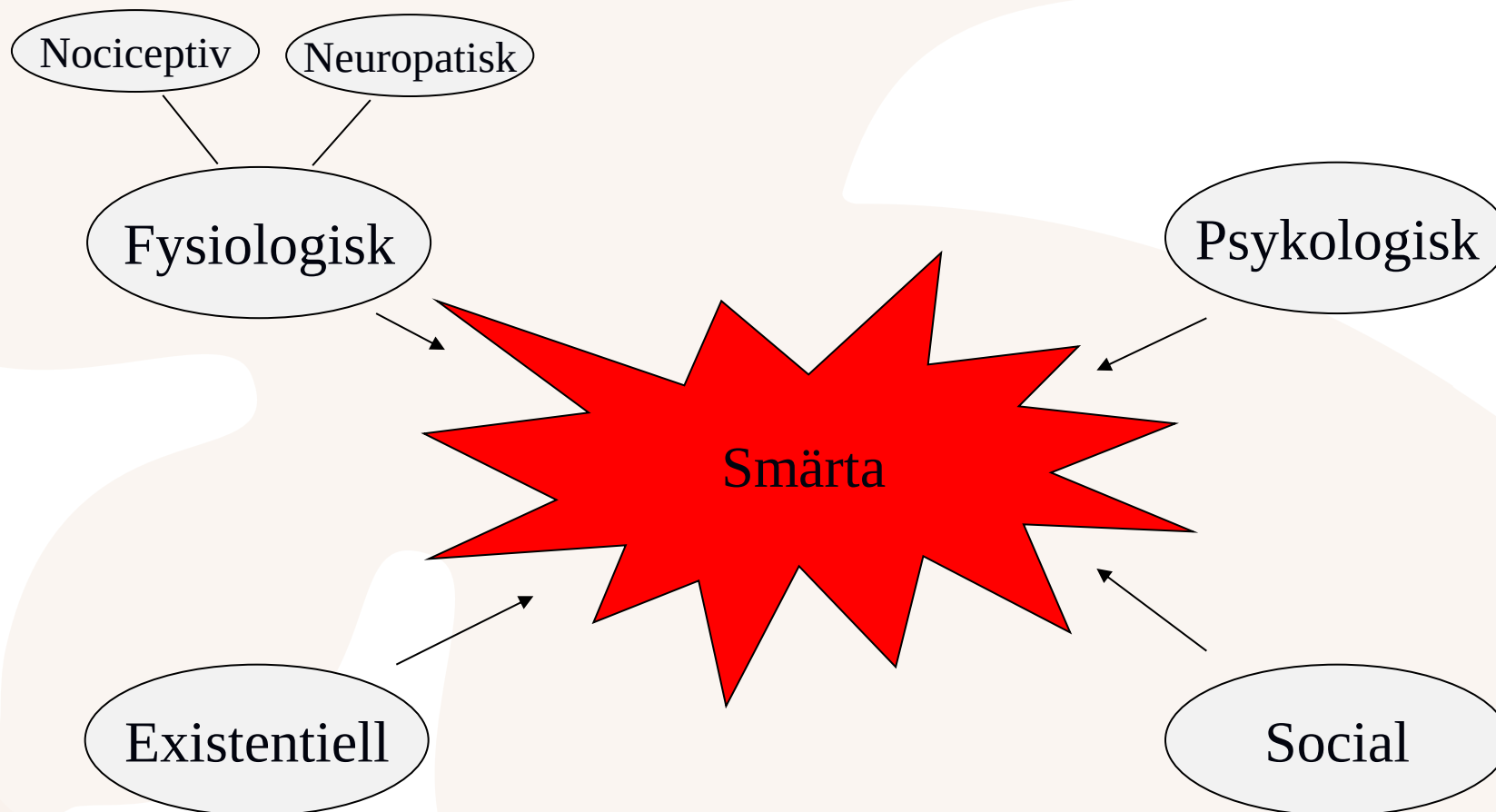
EMOTIONELL
SMÄRTKOMPONENT



NOCICEPTIV SMÄRTA
"vanlig" smärta

NEUROPATISK SMÄRTA
smärta från sjukdom/skada i
nervsystemet

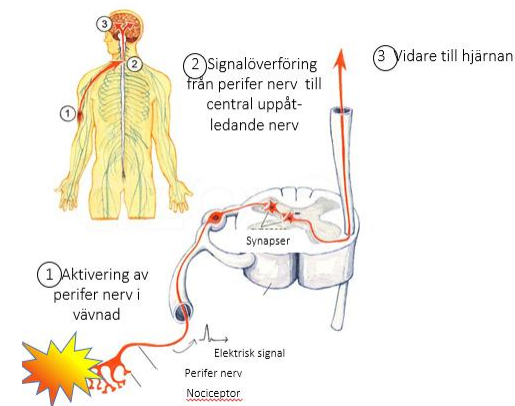
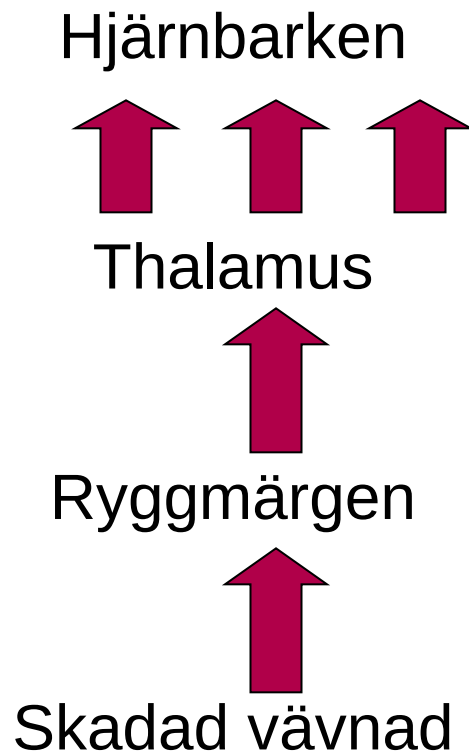
Smärta vid avancerad sjukdom



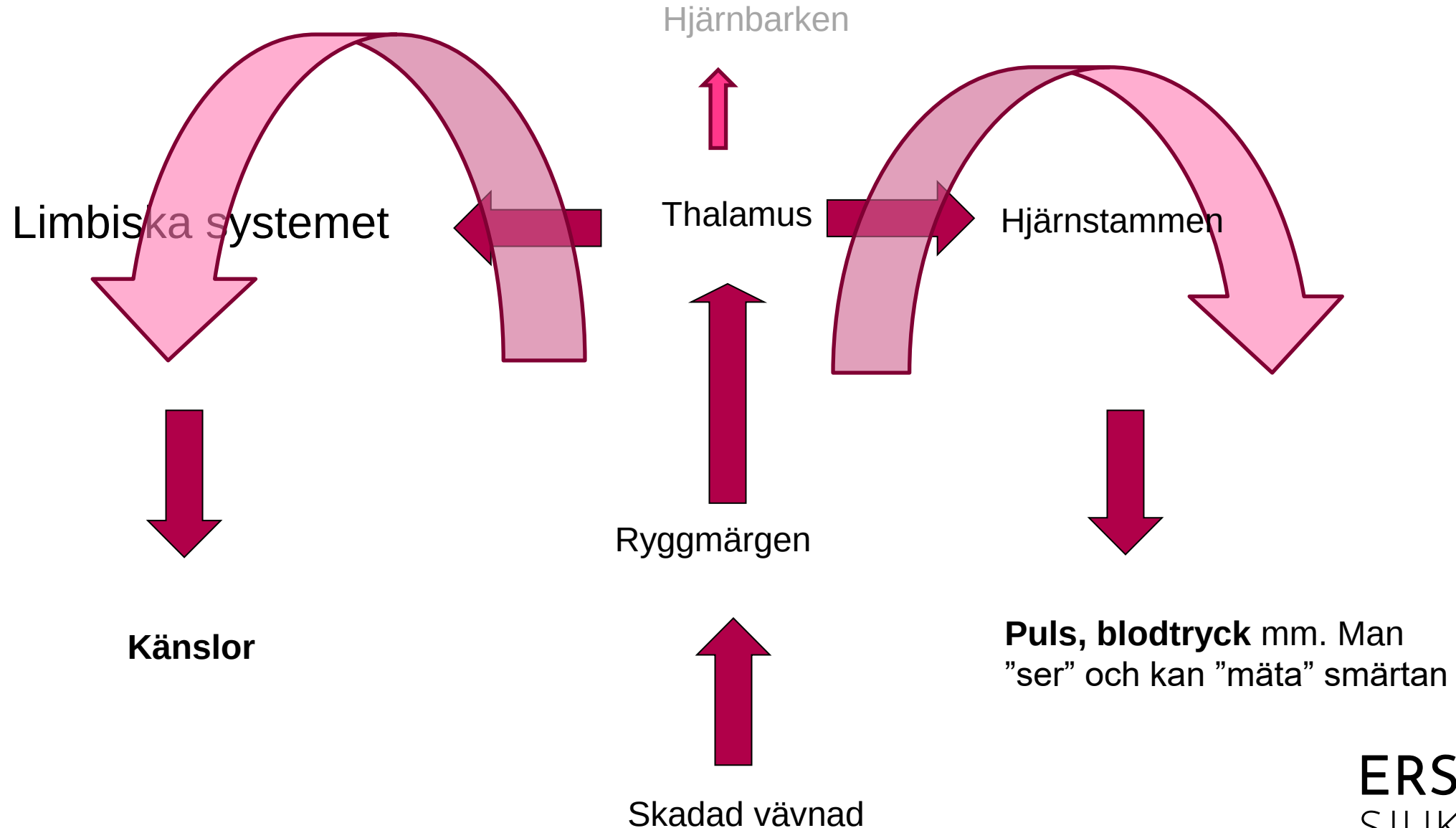
“Total pain”

Den "fysiska" smärtbanan (Tr.Spinothalamicus)

- väldefinierad smärta
- snabb fortledning



Den "psykiska" smärtbanan (Tr. Spinoreticularis)



Den känslomässiga delen av smärtan

Smärtan tolkas i limbiska systemet, som styr våra känsloliv

Tidigare upplevelser, men också nuvarande sjukdom påverkar tolkningen

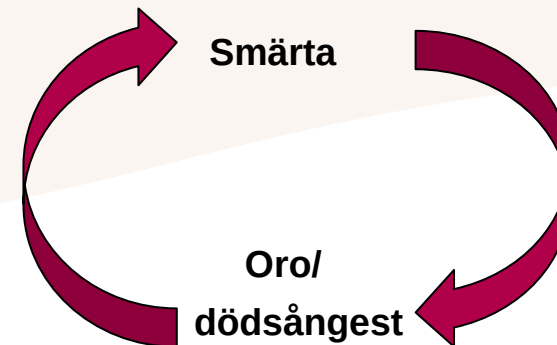
Om man uppfattar att smärtan beror på en livshotande sjukdom, börjar man känna efter...t.ex. vid:

Smärta på grund av cancer/bröstsmärta på grund av hjärtsjukdom

Man börjar känna efter

Smärtan känns starkare

Dödsångest ökar smärtan



Fallgrop 2

Eftersom opioider kan ge en kortvarig känslomässig lindring, kan man lätt misstolka den som bra smärtlindring

Men..

Sitter "effekten" av en vid-behovsdos av opioid i 4-6 timmar eller bara en knapp timme?

Det är vanligt att man ökar opioiddosen allt mer

Är det i själva verket en **annan smärtemekanism**, till exempel existentiell ångest och existentiell smärta man försöker lindra?

Mot ångest finns det betydligt lämpligare behandlingsmetoder

Existentiella samtal (som ett slags kognitiv terapi)

Läkemedel

Olika andra terapier som musik och bild – som ger lindring för stunden



EMOTIONELL
SMÄRTKOMPLEMENT

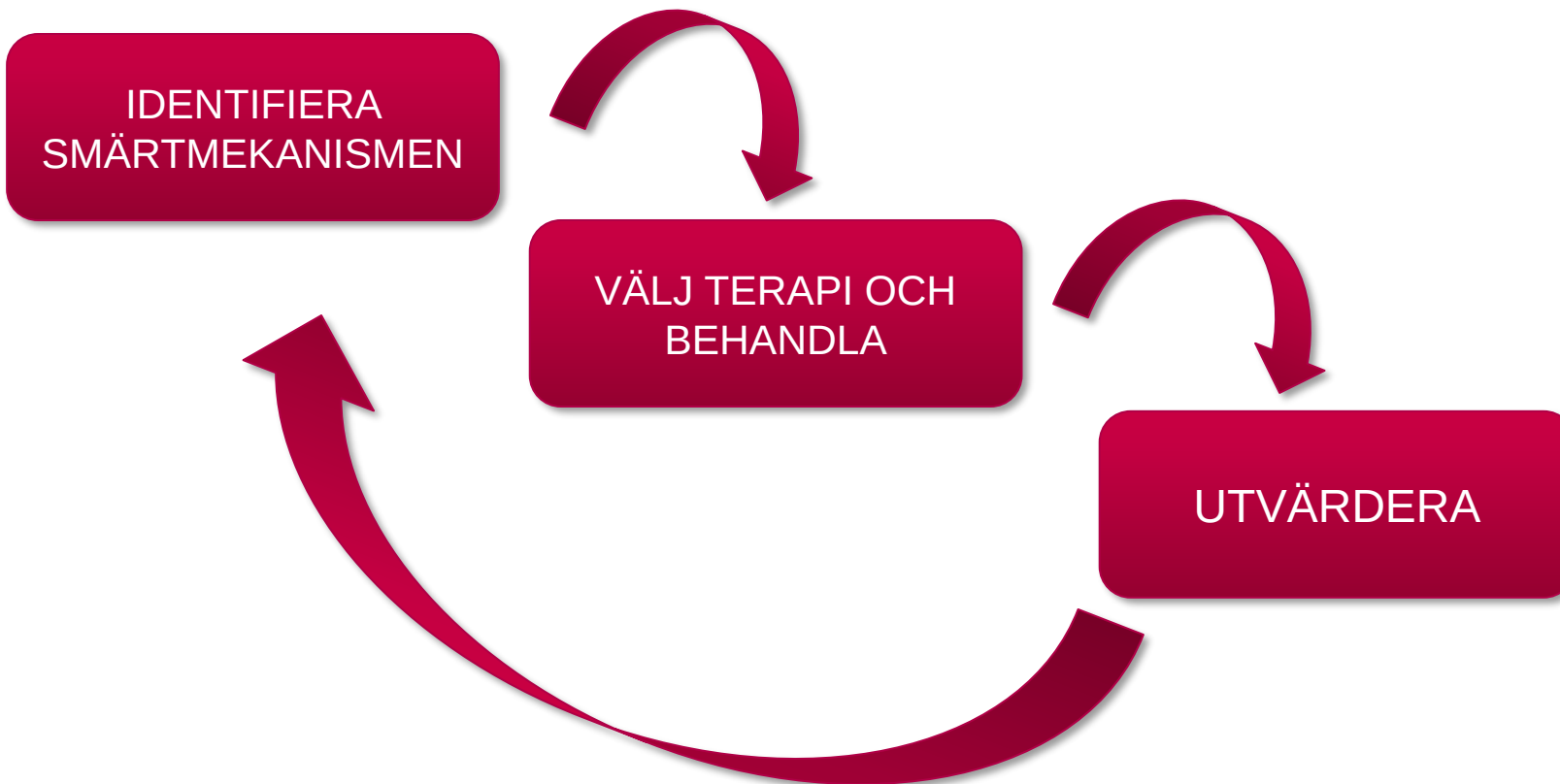


NOCICEPTIV SMÄRTA
"vanlig" smärta

NEUROPATISK SMÄRTA
smärta från sjukdom/skada i
nervsystemet

...Hur ska vi göra?

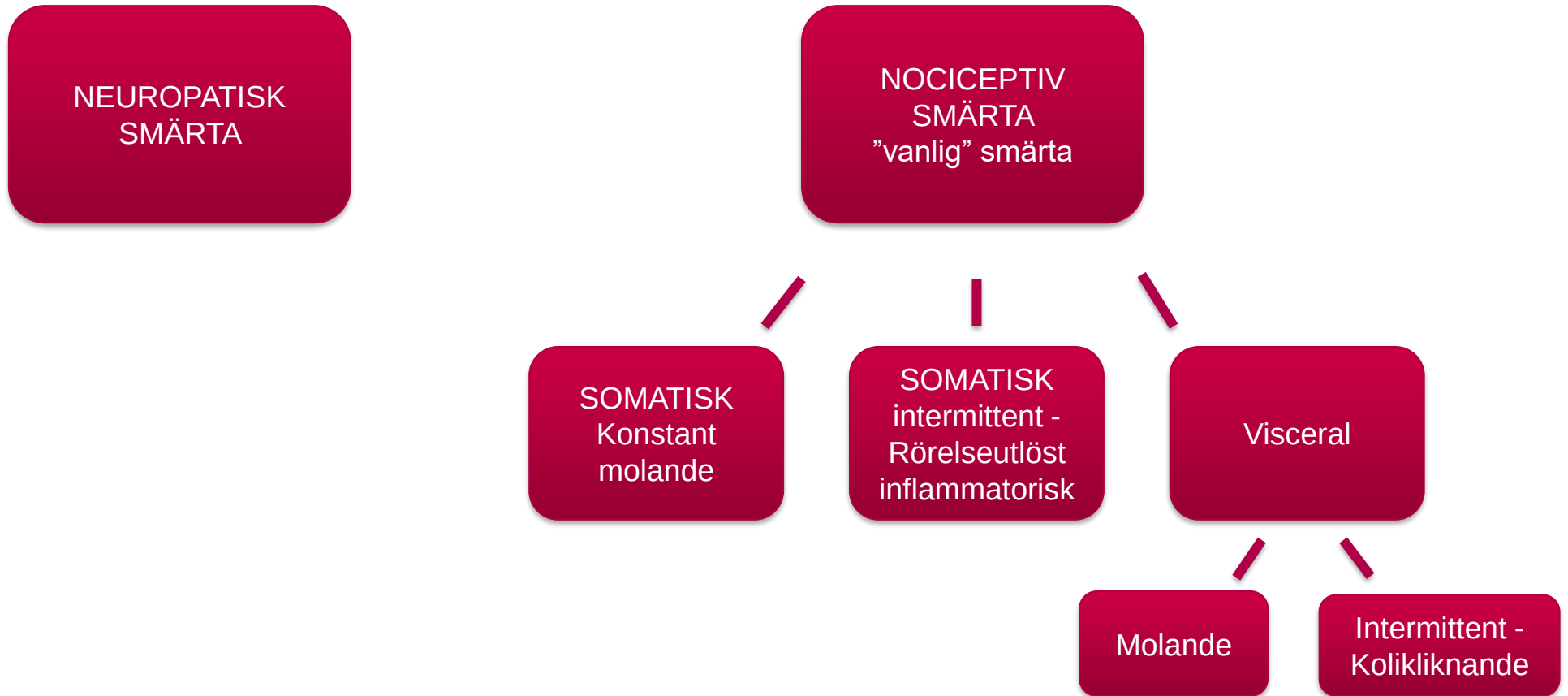
- JO, VI SKA GÖRA SMÄRTANALYS!



Gamla hederliga
NRS (dvs skala 0 -
10) är fortfarande
mycket användbar!

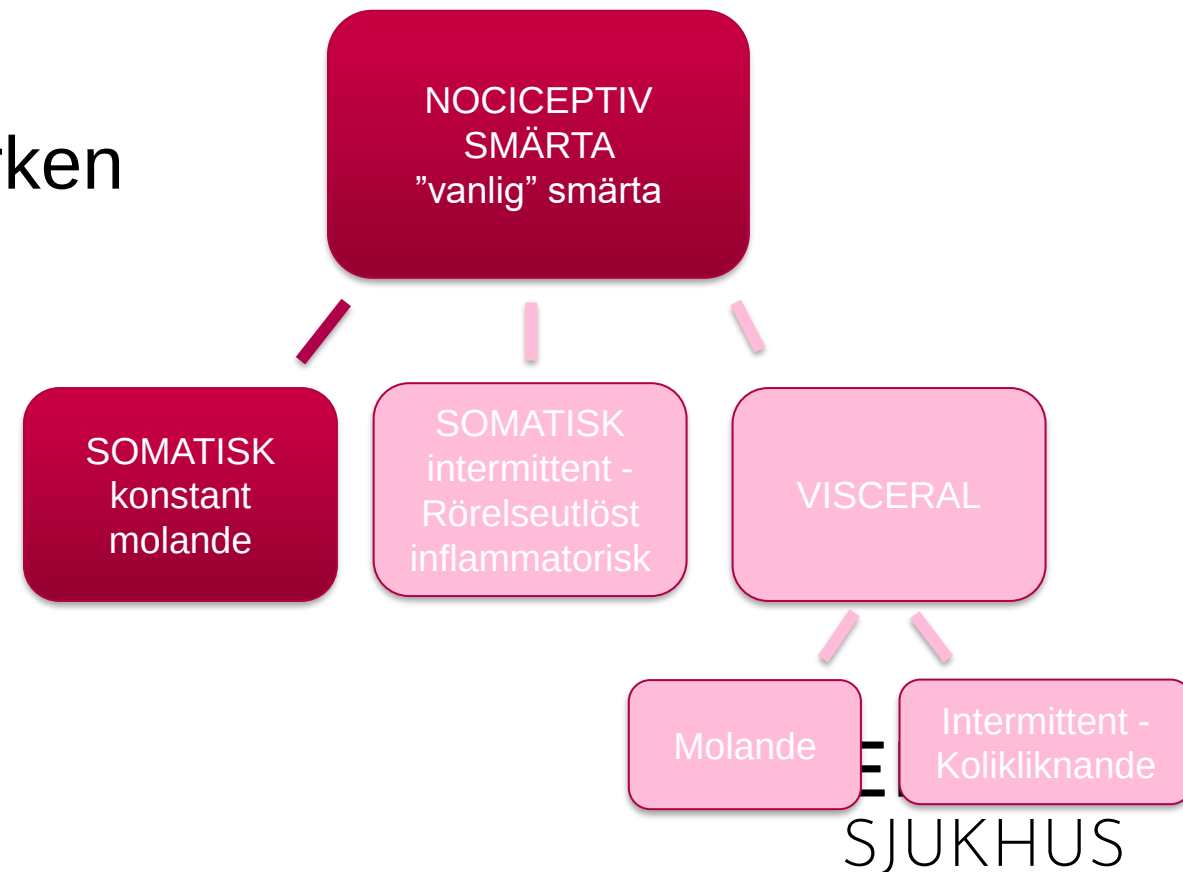
VÄLJ TERAPI OCH
BEHANDLA

...Mekanismbaserad smärtbehandling...



Nociceptiv somatisk konstant molvärk

- Nociceptiv värk innebär att **vävnadsskada** gett upphov till värken
- Nociceptiv, molande värk vid cancer
 - Börjar ofta som en **molande** värk, som
 - Är **konstant** över dygnet
 - **Påverkas inte särskilt mycket av rörelser**



Nociceptiv somatisk konstant molvärk

Vid lätt till medelsvår smärta

Paracetamol

Fulldos 1gx4

Funkar ofta även vid hög ålder (ev. dosreducering 1gx3 eller 0,5gx4)

Funkar ofta vid levermetastasering

Bra vid sår

Kan kombinera med COX-hämmare

Vid svårare smärtor

Stark opioid

Tex. morfin, oxikodon, fentanyl, hydromorfon, ketobemidon, metadon

Alltid **förebygga obstipation** (pikosulfat, macrogol, Moventig)

Alltid **medel mot illamående** (Postafen, Primperan, ev Scopoderm) 1 vecka vid opioidinsättning



Om startdoser för opioider

- förslag för patient som inte står opioider sedan tidigare

→ **Långverkande morfin (Dolcontin) 10 mg x 2**

(vid demens: Dolcontin 5 mg x 2)

(Stor patient: Dolcontin 20 mg x 2)

eller

→ **Långverkande oxikodon (OxyContin) 5 mg x 2**

(Stor patient/yngre: OxyContin 10 mg x 2)

Individuell titrering. Ingen definitiv maxdos

Dygnsdos ökas med 30-50% i taget.

Snabba dosökningar och mkt vidbehovsdoser ökar risk för förvirring hos sköra patienter

Vidbehovsdosen lämpligen 1/6 av fasta dygnsdosen

Opioider och njurfunktion

Vid nedsatt njurfunktion:

De säkraste alternativen – fentanyl, metadon

Kan kräva dosjustering – hydromorfon, oxikodon

Olämpligt – morfin

Kurita G, Lundström S, Sjögren P, et al. Renal function and symptoms/adverse effects in opioid treated patients with cancer. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2015 Sep;59(8):1049-59

Nociceptiv visceral konstant molvärk

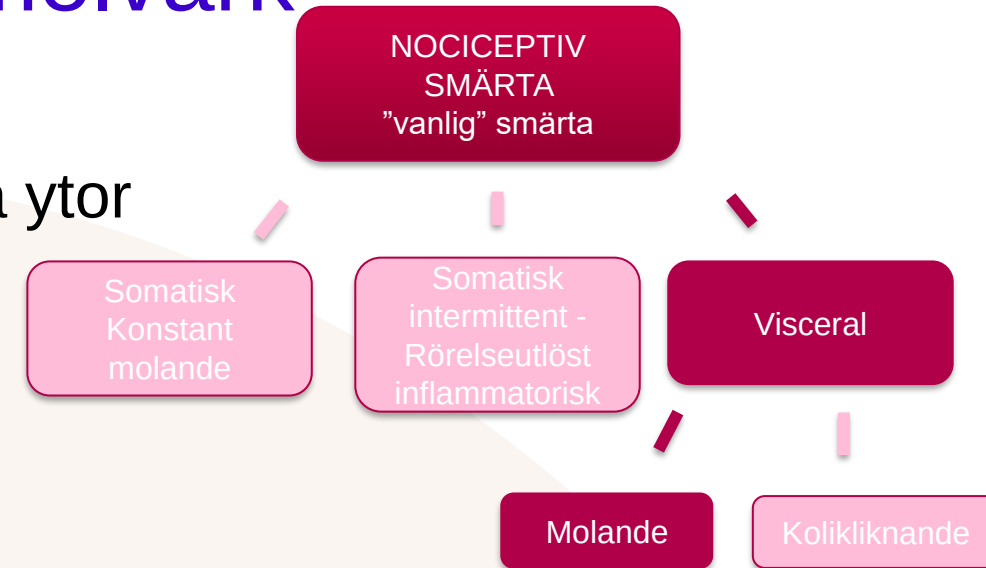
Ofta växer carcinos initialt på bukhinnan och fria ytor
Molvärk vanligt vid tidig metastasering

Vid lätt till måttlig smärta

Paracetamol
Fulldos 1g x 4 (hos äldre 1g x 3)
Kan kombinera med COX-hämmare

Vid svårare smärtor:

Stark opioid
Förebygg obstipation och illamående



Nociceptiv visceral intermittent koliksmärta

Vid mer långtgången metastasering

Påverkan på urinvägar, gallvägar eller tarmens lumen

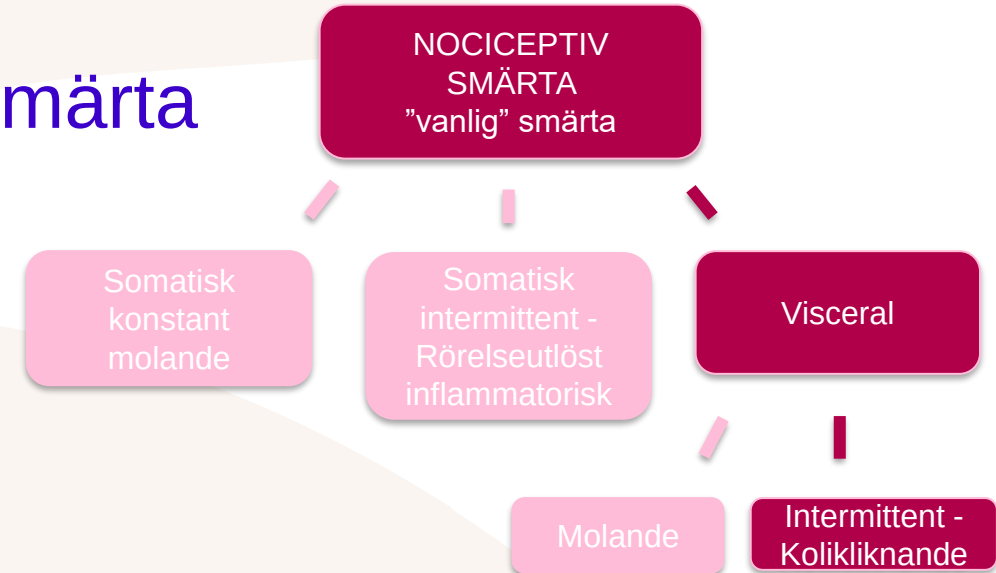
Risk för spasm (kolik)

Ofta svårbedömd bild!

Allt som är bra vid njurstensanfall kan prövas:

Ex: COX-hämmare (NSAID) tex ketorolak (Toradol 30 mg/ml) 1 ml sc/iv

Butylskopolamin (Buscopan, 20 mg/ml) 1 ml sc



Nociceptiv somatisk intermittent – rörelseutlöst inflammatorisk smärta

COX-hämmare=NSAID

Smärta vid cancer börjar ofta som **molvärk**

Rörelseutlöst smärta är vanligt lite senare i sjukdomsförloppet

Typiskt: stor skillnad mellan vila och rörelse

Vanlig smärttyp vid snabb metastasering

Opioider har dålig effekt

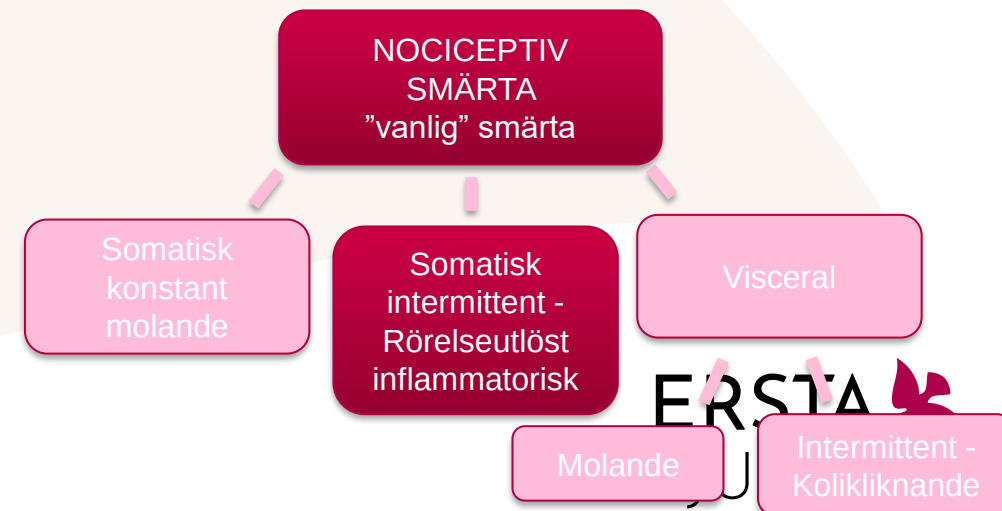
Frisättning av olika cytokiner leder till **inflammation**

COX-hämmare (ex.naproxen, ibuprofen, inj. Toradol osv) +/- kortison

COX-2 vid blödningsrisk (Celebra, inj. Dynastat)

I svåra fall: Opioid OCH COX-hämmare (+/- kortison)

Palliativ strålbehandling har ofta god verkan



COX-hämmare och risk för ulkus, njursvikt, hjärtsvikt och blödning

Ulkusrisk vid oselektiv COX-hämmar-behandling
Särskilt hög risk om COX-hämmare + kortison
Frikostighet med protonpumpshämmare!

Risk för **njurpåverkan** (kolla krea, ta ej samtidigt med metotrexat)
Försök optimera
Någorlunda bra blodtryck
Patienten får i sig vätska
Har urinproduktion

Försiktighet vid hjärtsvikt

Ökad blödningsrisk med oselektiva COX-hämmare
Högre trombosrisk med COX-2-hämmare

NEUROPATISK SMÄRTA



Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta i palliativ vård

Stor utmaning

Läkemedlen fungerar bara för vissa

”trial and error”

Och **när** de fungerar - bara delvis smärtreduktion

Effekt på

vilovärk, koncentrationsförmåga, sömn

Inte så mkt effekt vid

rörelse som gå, stå, sitta på obekväm stol etc.

Exempel läkemedel

- Amitriptylin
- Gabapentin/pregabalin
- Duloxetine

Amitriptylin (Saroten®)

Antidepressivum

Hjälper hjärnan dämpa smärtan i ryggmärgen

"Dirty drug" – många receptorer, men mest effektiv

Startdos 10 – 25 mg/d

25 – 50 mg/d ofta effektivt.

De antikolinerga biverkningarna är de begränsande (förvirring, muntorrhet)



Duloxetine (Cymbalta®)

Antidepressivum.

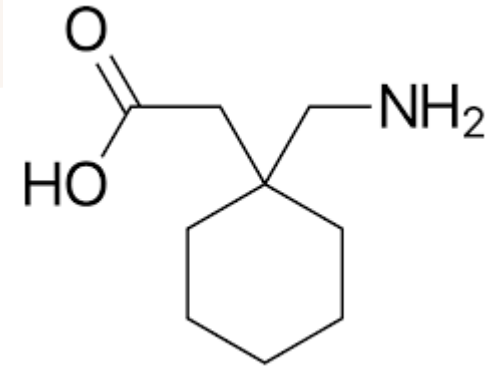
Vid samtidig depression minskar smärtsamma fysiska symtom

Startdos 30 mg och effektiv dos ofta 60 mg dagligen

Biverkningar: Tolereras ofta bra, även av äldre, mindre sederande än övriga antidepressiva (illamående/GI-besvär, trötthet, yrsel, hjärklappning – klingar av).



Gabapentin (Neurontin®)



Antiepileptikum

Relativt snabbt. Effekt inom en-två veckor.

Startdos 100 mg x 3 (skör patient 100 mg tn)

Öka 300 mg/d var 3 – 7 :e dag

Effektiv dos vid cancersmärta ofta 900-1800 mg/d

Dosreduktion vid nedsatt njurfunktion (se FASS)

Biverkningar: yrsel, somnolens, konfusion, fatigue, illamående, diarré

Svårt avsluta

Pregabalin (Lyrica®)

Molekylen mycket lik gabapentin

Ångestlösande effekt hos patienter med ångestsyndrom

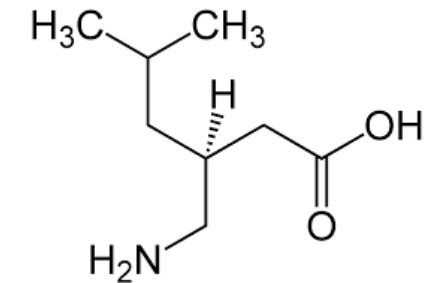
Startdos 25 mg x 2,

Öka med 25 mg var 3-7:e dag

Effektiv dos ofta max 150 mg/d.

Hos äldre, även med demens, kan 25-50-75 mg/dygn räcka bra utan ökad risk för konfusion

Missbruksrisk



Förstahandsval

Neuropatisk smärta

I första hand

Duloxetin

Amitriptylin

I andra hand

Gabapentin

Samtidig depression

Duloxetin (eller amitriptylin)

Samtidig ångest

Pregabalin

Fokal perifer neuropatisk smärta med allodyni

Lidokainplåster (Versatis)

Man kan kombinera
antidepressivum med
antiepileptikum

Behandlingsstrategi vid komplex smärta i palliativ vård (för kännedom)

Smärta som är svår att kontrollera med peroral medicinering:

1. Dos av opioid?
2. Smärtmekanism(er)?
Inflammatorisk komponent – COX-hämmare, steroider
Neuropatisk smärta – amitriptylin, gabapentin, duloxetin
Existententiell smärta – använd teamets resurser
3. Byt till parenteral administration (iv/sc)
I samråd med smärtläkare eller palliativ specialist:
4. Överväg sc läkemedelspump – det påverkar inte kognition eller livslängd negativt!
5. I vissa fall, lågdos metadon eller ketamin kan användas
6. Spinal eller interventionell smärtlindring?
7. (Palliativ sedering?)

Fallbeskrivning Axel 75 år...

Axel ligger på sjukhus, där du just börjat som läkare

Han har haft flera hjärtinfarkter och är obotligt sjuk och döende i lungcancer.

Länge haft bra smärtlindring av paracetamol 1g x 3 samt långverkande oxykodon 60 mg x 2.

Sedan någon vecka tilltagande svåra rörelseutlösta smärtor från vänster skulderparti och brösttrygg (där han har skelettmetastaser + en ömmande subkutan metastas).

Axel har blivit helt sängliggande. Mycket ont vid minsta rörelse. Både du och personalen gissar att Axel har max någon vecka kvar. Han mår inte bra och han är inte flyttbar. Han orkar inte med besök.

Kan vi förbättra Axels smärtlindring?

Du har just gått kurs i palliativ smärtlindring och det första du gör är att höja OxyContin-dosen

Det verkar kanske funka lite första höjningen.

Fast det blir inte mycket bättre, trots flera upprepade ökningar av OxyContin. Axel verkar egentligen bara bli tröttare och lite förvirrad av det

Extradoser OxyNorm ger också mest trötthet och effekten sitter i bara någon timme.

Fallbeskrivning Axel 75 år

Du funderar på om du istället för att bara öka opioiden skulle pröva något annat?

Axel har fortfarande väldigt ont från skelettet vid rörelse. Kan du göra något?

→ Du sätter in T Naproxen x 2

Det ger en betydligt bättre smärtlindring. Axel orkar sitta uppe.

Han behöver inte extra opioider.

Bra!



...Axel 75 år

Du funderar på om du istället för att bara öka opioiden skulle pröva något mer
Axel har fortfarande väldigt ont från skelettet vid rörelse. Kan du göra något?

→ Du sätter in T Naproxen

Det ger en betydligt bättre smärtlindring. Axel orkar sitta uppe.

Han behöver inte extra opioider.

När Axel orkar ta emot besök av familjen noterar både du och personalen
till er förvåning att Axel verkar bli nästan helt smärfri. Fantastiskt!

Bra jobbat!

Axel avled till slut efter ca 14 dagar, smärfri och lugn i kretsen av de sina

...Fallbeskrivning Gunnar 80 år

- Prostatacancer sedan 10 år. Skelettmetastaser, bl.a. kotpelaren.
- Utstrålande smärtor från rygg ner i ena benet. NRS 6-7 vila, 8-10 vid belastning. Känselförändringar.
- Höga och stigande doser Dolcontin. Extradoser morfin ger mest trötthet.
- Naproxen redan i låg dos innebar stigande krea – utsatt. Haft Betapred av och till.
- Tillägg av Gabapentin ger viss förbättring av smärtan efter ett par veckor, dygnsdos 900 mg.
- Kombination med amitriptylin 25 mg till natten ger snabbt förvirring, trötthet och yrsel. Sätts ut.
- Amitriptylin 10 mg till natten återinsätts dock och fungerar då bra. Blir sammantaget bättre smärtlindrad. Sover bättre och orkar mer.
- Dolcontin kan minskas.

Fallbeskrivning Elsa...

Elsa är 85 årig kvinna (änka) med metastaserande bröstcancer

Inskrivs i ASIH på måndagen bl.a. pga smärtproblem

Står på Dolcontin 20 mg x 2 + morfin vb.

Larmar – sjuksköterska gör besök. Dosen behöver höjas till Dolcontin 30 mg x 2. Blir smärfri just då.

Detta sker gång på gång – larmar varje dag. Dosen behöver höjas. Blir smärfri efter varje jourbesök där dosen höjs.

Snabbt ökande doser. Missbruk? Ger hon tabletterna till någon?

Får smärtpump på onsdagen – nu blir det stabilt i nästan 3 dagar

Larmar fredag f.m. - har VAS 7. **Vad göra??**

...Fallbeskrivning Elsa

Hembesök av läkare

Pigg och relativt opåverkad uppegående kvinna möter i dörren

Satt ner och pratade

Berättar att hennes väninnorna reste hem när hon skrevs in i ASIH.

Samtidigt ökade smärtan. Känner sig enormt ensam.

Varje hembesök av ssk minskade smärtan.

När pumpen sattes kontrollerades den 3 ggr per dygn.

Men, Elsas man hade haft ASIH. Han fick pump en fredag och dog sen på söndagen.

Elsa erbjöds inläggning på avdelningen över helgen.

Gick hem på måndagen, med pump men utan behov av extra doser.

Sammanfattning lindring av cancersmärta hos döende

Det är ett faktum att man kommer ofta långt om man täcker för:

1. Nociceptiv smärta (somatisk eller visceral) – med opioider
2. Nociceptiv inflammatorisk komponent – med COX-hämmare och/eller kortison
3. Neuropatisk smärta – komplettera med t.ex. antiepileptika eller antidepressiva

Ibland inte så mkt tid att spela med → begränsat med tid för utvärdering → kan behöva pröva med flera läkemedel samtidigt för att få så bra effekt så snabbt som möjligt

Värt att tänka på...

Allt kan inte behandlas med läkemedel (särskilt inte med opioider)...!

Glöm inte de existentiella aspekterna!

Lär dig att uppskatta även små framsteg! De betyder mkt för patienterna.