

Oro och ångest i palliativ vård

2016-03-09

Referat av **Peter Strang**, onkolog och professor i palliativ medicin vid Karolinska Institutet. Referatet publicerades ursprungligen i PKC:s Nyhetsbrev #4 i mars 2016.

Typer av ångest

- Det är viktigt att skilja på olika typer av ångest, eftersom behandlingen och stödet ser olika ut.
- Det viktigaste är att skilja mellan vanlig ångest och ångest/rastlöshet p.g.a. förvirring, eftersom man väljer olika läkemedel vid de olika tillstånden.
- Vid dödsångest kan läkemedel bara kapa toppar i den akuta situationen – det är samtal och närvaro som lindrar dödsångest i längden.

Alla människor känner viss oro och ångest ibland, det är en helt normal reaktion och behöver inte behandlas. Om ångesten däremot blir långvarig, försämrar den välbefinnandet i hög grad eftersom den gör att man kan känna sig både rastlös och handlingsförlamad på samma gång. För att kunna ge bästa möjliga stöd och behandling, behöver man bedöma vilken typ av ångest det handlar om, eftersom olika former av ångest som behöver olika typer av behandling. Väldigt grovt kan man skilja mellan a) vanlig ospecifik ångest, b) ångest och rastlöshet på grund av förvirringstillstånd och c) dödsångest.

Oro eller ångest?

Det finns en viktig skillnad mellan oro och ångest. När man känner oro, vet man vad man oroar sig för (t.ex. för att få mera ont). Oron leder därför ofta till handling: Man kan till exempel fråga personalen om det man oroar sig för. Ångesten är svårare att bära, eftersom ångest innebär att man känner oro och rastlöshet, men man vet inte vad man oroar sig för. Ångesten saknar fokus och är därför förlamande.

Vanlig ångest

Det är vanligt att både patienter och anhöriga känner oro och ångest. Vid alla typer av oro är det viktigt att komma ihåg att känslor smittar. Om personalen är lugn och trygg, kommer patienten också att bli lugnare. Ibland kan också fysisk kontakt t.ex. i form av taktil massage upplevas som ångestlösande.

Att samtala och förklara olika symtom och försäkra patienten om att vi är vana att behandla sådana symtom kan också minska oron. Om läkemedel behövs, brukar jag i första hand välja bensodiazepiner vid behov (t.ex. oxazepam). Om patienten även har inslag av nedstämdhet, kan så kallade SSRI preparat (t.ex. citalopram, sertralin) övervägas. Man börjar i lägsta FASS dos och gör eventuellt en doshöjning efterhand.

Oro och rastlöshet vid förvirring

Förvirringstillstånd är relativt vanliga i palliativ vård, men lätta att missa. I mer tydliga fall börjar förvirringen plötsligt, patienten ter sig orolig och kanske lite misstänksam. Hon eller han vänder ibland på dygnet och det är svårt att föra något vettigt samtal. Ofta finns en tydlig utlösande orsak, t.ex. feber, lunginflammation, urinvägsinfektion eller nyinsatta läkemedel. Även flera dagars förstoppning kan räcka till för att utlösa en förvirring och oro!

Liksom vid vanlig ångest är det viktigt att personalen sprider lugn och trygghet. Det är också klokt att närma sig patienten framifrån så att patienten hinner se vem det är. Man kan gärna tala om vem man är, t.ex. "Jag heter Anna och är undersköterska". Då blir inte patienten överraskad och orolig. I första hand bör man rikta sig mot bakomliggande orsak (t.ex. febern, UVIn, lunginflammationen), för då finns det en chans att förvirringen och oron släpper. I andra hand kan man överväga läkemedel. Då kan man gärna välja neuroleptika (t.ex. haloperidol (Haldol), olanzapin (Zyprexa)) eller Heminevrin i lägsta effektiva dos. De doser som behövs i palliativ vård är som regel betydligt lägre än de som står i FASS.

Dödsångest

De flesta patienter känner sällan öppen dödsångest, tack vare effektiva psykiska försvar. De kan säga "Nej, jag är inte rädd för döden, det är mer de här praktiska frågorna..." Ibland bryter ändå dödsångesten fram, vilket är ett mycket plågsamt tillstånd. När den är som värst brukar patienter beskriva den som panikångest, fast värre. Man överväldigas av tankar på döden.

I sådana mer akuta situationer är närvaron av en annan (lugn) person det allra bästa. Ibland behöver man inte säga något, det räcker att sitta kvar och hålla sällskap, kanske hålla handen eller ge lätt, taktil handmassage. I andra fall kan ett lugnande samtal vara av värde, samtal där du förklarar att den här känslan kan vara både jobbig och skrämmande, men den kommer att

släppa och du lovar att stanna kvar tills det lättar. Om läkemedel behövs i det akuta skedet, brukar bensodiazepiner i form av tabletter (t.ex. oxazepam) eller injektion (t.ex. midazolam) fungera. När det är ett lite lugnare skede, handlar samtalet om att stödja patienten genom frågor i stil med: "Hur ser du på din situation just nu?"; "Vad hoppas du allra mest på?"; "Vad är din största farhåga/rädsla just nu?" Ofta har patienten farhågor om sådant som inte brukar ske och då kan ett samtal verka lugnande.

Referenser

- Albinsson L, Strang P: **Ångest, depression och sömnstörningar**. Sid 306–317. Ur: Strang, Beck-Friis: *Palliativ medicin och vård* (Liber, 4e uppl 2012)
- Strang: *Förvirring, delirium och terminal oro*. Sid 285–290. Ur: Strang, Beck-Friis: *Palliativ medicin och vård* (Liber, 4e uppl 2012)
- Sand L, Strang P: **När döden utmanar livet**. *Natur & Kultur* 2013