

VEILEDENDE KONVERTERINGSTABELL FOR OPIOIDER VED PALLIASJON

Lindring i nord, UNN. Versjon april 2019

Kodein / tramadol / buprenorfin

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| Paracetamol /kodein (30 mg) komb tabl per døgn | 4 | 8 | | | | | | | | | Ved høye doser må; 1) lavere grunn dose (50%) vurderes ved bytte av opioid eller adm.form, 2) lavere behovsdose vurderes (ned mot 1/10) |
| Tramadol mg po per døgn | 100 | 200 | 300 | 400 | | | | | | | |
| Buprenorfin (plaster) µg/t tc skiftes hvert 7. døgn | 10 | 20 | 30 | | | | | | | | |

Morfin

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| Morfin depot mg po pr døgn (del på 2 doser) | 20 | 40 | 60 | 80 | 100 | 120 | 160 | 200 | 300 | 400 | 500 | 700 | 900 | 1000 |
| Behovsdose - mg morfin po | 5 | 10 | 10 | 15 | 20 | 20 | 25 | 30 | 40 | 60 | 80 | 100 | 125 | 140 |
| Morfin inj mg sc/iv pr døgn | 7 | 14 | 20 | 27 | 34 | 40 | 54 | 67 | 100 | 150 | 185 | 260 | 320 | 390 |
| Behovsdose - mg morfin sc/iv | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 8 | 10 | 13 | 15 | 20 | 30 | 50 | 50 | 60 |

Oksykodon

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|----|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Oksykodon depot mg po per døgn (delt på 2 doser) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 80 | 100 | 150 | 200 | 250 | 350 | 450 | 500 |
| Behovsdose - mg oksykodon po | 2,5 | 5 | 5 | 10 | 10 | 10 | 15 | 15 | 25 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 |
| Oksykodon inj mg iv/sc pr døgn | 4 | 9 | 13 | 18 | 22 | 27 | 36 | 44 | 66 | 100 | 125 | 175 | 215 | 260 |
| Behovsdose - mg oksykodon iv/sc | 1 | 2 | 2,5 | 3 | 3,5 | 4,5 | 6 | 8 | 12 | 14 | 16 | 25 | 30 | 35 |

Fentanyl

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Fentanyl depotplaster µg/t tc skiftes hvert 3. døgn | 12 | 25 | 37 | 50 | 50 | 62 | 75 | 125 | 150 | 200 | 275 | 350 | 400 |
| Behovsdose - µg fentanyl bukk/nesespray/sl | Start 50 µg nesespray eller 100 µg bukk/sl. Titrer opp | | | | | | | | | | | | |

Hydromorfon

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-----|------|------|------|------|
| Hydromorfon depot mg po per døgn (del på 2 doser) | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 32 | 40 | 60 | 80 | 100 | 140 | 180 | 200 |
| Behovsdose - mg hydromorfon po | 1,3 | 2,6 | 2,6 | 3,9 | 3,9 | 6,5 | 6,5 | 10,4 | 13 | 16,9 | 23,4 | 29,9 | 33,8 |
| Hydromorfon inj mg iv/sc pr døgn | 2,6 | 4 | 5,3 | 6,7 | 8 | 10,6 | 13,3 | 20 | 27 | 33 | 47 | 60 | 67 |
| Behovsdose - mg hydromorfon iv/sc | 0,4 | 0,7 | 0,9 | 1,1 | 1,3 | 1,8 | 2,2 | 3,3 | 4,5 | 5,6 | 7,8 | 10 | 11,2 |

po = peroralt sc = subkutan iv = intravenøst

tc = transkutan

bukk=bukkalt

sl=sublingualt

Retningslinjer for konvertering mellom opioider

Generelt: Ved høye doser må lavere dose (50 %) vurderes ved bytte av opioid eller adm. form (se tabell for rødt område).

Fra morfin depot po til subkutan smertepumpe med opioid (morfin/oksykodon/hydromorfon): Start pumpen straks avgjørelsen om å skifte er tatt. Se tabell for veiledende dose. Velg lavere dose de første timene dersom pasienten er smertefri ved oppstart. Makseffekt av depotopioid po vedvarer inntil 12 timer. Ved smerter kan man gå rett på full dose. Bruk ekstrastøt ved behov av nytt medikament. Juster døgndosen i pumpen etter ca 12–24 timer, basert på forbruk.

Fra subkutan smertepumpe til depotopioid po: Ta første tabl. depotopioid (døgndose/2) jf tabell. Stopp pumpen etter 1 time. Depotopioid po når maks analgetisk effekt innen 2–6 timer. Gi ekstradoser opioid ved behov (sc eller po). Juster depotopioid po dosen etter ca 24 timer, basert på forbruk av hurtigvirkende opioid.

Fra subkutan smertepumpe med opioid til fentanylplaster: Sett på plaster etter tabell. La pumpen gå på full dose i 4 timer. Reduser så til 50 %. Stopp pumpen etter 12 timer. Heretter gis bare ekstrastøt inntil pumpen fjernes etter 24 timer.

Fra depotopioid po til fentanylplaster: Sett på plaster når siste tabl. tas. Dekk med hurtigvirkende opioid etter behov. Juster ev. plasterstyrken ved plaster nr 2 (3. døgn).

Fra fentanylplaster til depotopioid: Fjern plaster. Ta første depotopiodtabl. etter 6 timer. Ofte hensiktsmessig å fjerne plaster 6 timer før kveldsdose depotopioid. Hurtigvirkende ved behov. Juster dosen etter 1–2 døgn.

Fra fentanylplaster til subkutan smertepumpe med opioid: Finn fentanyldose fra tabell og omgjør til sc dose med valgt opioid. Start med 50 % dose av dette. Sett på pumpen straks avgjørelsen om skifte er tatt. Fjern plaster. Juster opp dosen i pumpen gradvis videre. Gi ekstradoser ved behov.

Fra subkutan smertepumpe til intravenøst drypp. I prinsippet forhold: 1:1, men det bør vurderes å dosere iv noe mer forsiktig, f.eks. 3:2 pga potensielt raskere anslag.

Veiledende tiltak ved overdosering av opioider hos palliative pasienter

Vurder våkenhetsgrad, luftvei og respirasjonsfrekvens pr min (RR). Ved RR>10:ingen tiltak; ved RR 8-10: hyppig observasjon evt pulsoksymeter, vurder reduksjon av dose; RR<8: stopp infusjon, 1 ampulle nalokson 0.4 mg blandes med 9 ml NaCl (=10 ml). Gi 0.5 ml av denne blandingen (0.02 mg nalokson) iv hvert 2. minutt til tilfredsstillende respirasjon. Start opp opioid i redusert dose. Ved BT fall >30%: gi ringer 500 ml, vurder nalokson.

Andre konverterings-/ekvipotenstabeller i vanlig bruk i Norge:

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerter/behandling>

Lovisenberg diakonale sykehus, utviklet av Are Kirkaas Normann:

<https://lovisenbergpsykehus.no/Documents/Hospice/Ekvipotenstabell%20for%20opioider%20A4%20mai2019.pdf>