

**VEILEDENDE KONVERTERINGSTABELL FOR OPIOIDER VED PALLIASJON**

 Lindring i nord, UNN. Versjon  
jan 2016

**Kodein / tramadol / buprenorfin**

Paracetamol /kodein (30 mg) komb tabl per døgn	4	8											Ved høye doser må lavere dose (50%) vurderes ved bytte av opioid eller adm.form		
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	4,2	7,8	10	11,2

po = peroralt      sc = subkutant      iv = intravenøst      tc = transkutant      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. dogn).

**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 naloxon 0.4 mg blandes med 9 ml NaCl (=10 ml). Gi 0.5 ml av denne blandingen (0.02 mg naloxon) iv hvert 2. minutt til tilfredsstillende respirasjon. Start opp opioid i redusert dose. Ved BT fall >30%: gi ringer 500 ml, vurder naloxon.