

# VEILEDENDE KONVERTERINGSTABELL FOR OPIOIDER VED PALLIASJON

Lindring i nord, UNN. Versjon 3.0, feb 2021

Svarte (og hvite tall) er totale døgndoser i mg (unntatt fentanyl og buprenorfin som er µg/t). Blå tall i parantes er forslag til behovsdose

## Svake opioider

Paracetamol /kodein (30 mg) komb tabl pr døgn	6	Svake opioider er generelt ikke anbefalt i palliasjon.				Ved høye doser må betydelig lavere grunn dose (50%) vurderes ved bytte av opioid eller adm.form
Tramadol mg po pr døgn	200	400	Lave doser morfin (el. tilsv. sterke opioider)			
Buprenorfin (plaster) µg/t tc skiftes hvert 7. døgn	10	15	25	30	virker raskere og bedre.	

## Morfin (1. valg)

Morfin depot mg po pr døgn, del i 2 doser	20 (2)	40 (4)	60 (6)	80 (8)	100 (10)	120 (12)	160 (16)	200	300	400	600	800	1000
Morfin inj mg sc/iv pr døgn (po → sc = 3:1)	7 (1)	13 (2)	20 (2)	27 (3)	33 (3)	40 (4)	53 (5)	67	100	133	200	267	333

## Oksykodon (po morfin → po oksykodon = 1,5:1 ; sc morfin → sc oksykodon = 1:1)

Oksykodon depot mg po pr døgn, del i 2 doser	15 (2)	25 (3)	40 (4)	55 (6)	65 (7)	80 (8)	105 (10)	135	200	265	400	530	665
Oksykodon inj mg iv/sc pr døgn (po→sc= 2:1)	7 (1)	13 (2)	20 (2)	27 (3)	33 (3)	40 (4)	53 (5)	67	100	133	200	267	333

## Hydromorfon (sc morfin → sc hydromorfon = 5:1)

Hydromorfon inj mg iv/sc pr døgn, del i 2 doser			4 (0.5)	5 (0.5)	7 (1)	8 (1)	11 (1)	13	20	30	40	53	67
---	--	--	---------	---------	-------	-------	--------	----	----	----	----	----	----

## Fentanyl (po morfin → sc fentanyl = mg morfin x10:24t = µg fentanyl/t)

Fentanyl depotplaster µg/t tc skiftes hvert 3. døgn		12	25	37	37	50	62	75	125	162	250	325	412
---	--	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----

Behovsdose - µg fentanyl bukk/nesespray/sl

Start alltid med 50 µg nesespray eller 100 µg bukk/sl. Titrer opp

po = peroralt      sc = subkutan      iv = intravenøst      tc = transkutan      bukk=bukkalt      sl=sublingualt

**Tilpass** dosen til nærmeste praktiske dose med utgangspunkt i tabellkonvertert dose

**Reduser** gjerne dose 20-50% ved konvertering avhengig av dosenivå og revurder etter effekt

Anbefalt dose [behovsmedikasjon](#) vil ofte være 1/10 av døgndosen, men høyere ved lavere doser (1/4-1/8). Unntak! Fentanyl starter alltid lavt (se tabell)

**Alltid** ordiner **laktantia** og **behovsmedikasjon** samt sikre tilgang på **kvalmestillende**

Ved spørsmål eller behov for hjelp, kontakt palliativt team UNN Tromsø 95 83 11 81

**All konvertering av opioider er usikker og dosene er veiledende**

## Retningslinjer for konvertering mellom opioider

**Generelt:** Ved høye doser kan pasienten ha utviklet toleranse for det opioidet pasienten bruker. Vi anbefaler derfor at man vurderer dosereduksjon ved all konvertering, både ved bytte av opioid og administrasjonsform. Dosereduksjon på forslagsvis 20-30% ved lave doser. 50% reduksjon er anbefalt ved doser ekvivalent til 200 mg peroral morfin/døgn og høyere (rødt område av tabellen), hvor høy følsomhet kan føre til livstruende overdosering.

### Spesifikke konverteringsanbefalinger

**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 (reducer med 20-50%) 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. Gi behovsdose subkutan etter behov. Juster døgn dosen i pumpen etter ca 12–24 timer, basert på forbruk.

**Fra subkutan smertepumpe til depot-opioid po:** Ta første tabl. depotopioid (1/2 døgn dose) jmf tabell. Stopp pumpen etter 1 time. Peroral depot-opioid når maks analgetisk effekt innen 2–6 timer. Hurtigvirkende opioid etter behov. Juster po depotopioid 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 evt bare behovsdoser på pumpen inntil pumpen fjernes etter 24 timer.

**Fra depot-opioid po til fentanylplaster:** Sett på plaster når siste tabl. tas. Hurtigvirkende opioid etter behov. Juster ev. plasterstyrken ved oppstart plaster nr. 2 (3. døgn).

**Fra fentanylplaster til peroral depot-opioid:** Fjern plaster. Ta første tabl. depotopioid etter 6 timer. Ofte hensiktsmessig å fjerne plaster 6 timer før kveldsdose depotopioid. Hurtigvirkende opioid etter behov. Juster dosen etter 1–2 døgn

**Fra fentanylplaster til subkutan smertepumpe med opioid:** Finn dose fra tabell. Start med 50% av denne dosen. Sett på pumpen straks avgjørelsen om skifte er tatt. Fjern plaster. Juster gradvis opp dosen i pumpen. Hurtigvirkende opioid etter behov. Alternativ ved kort forventet levetid; behold plaster og la subkutan smertepumpe brukes til å supplere plasteret.

**Fra subkutan smertepumpe til intravenøst drypp.** I prinsippet 1:1 forhold, men det bør vurderes å dosere iv noe mer forsiktig initialt, 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 fall av til RR>10: ingen tiltak utover observasjon hvis lett vekkbart og ingen cyanose
- Ved RR 8-10: hyppig observasjon evt pulsoksymeter(>95%SpO<sub>2</sub>), reducer opioid dose
- Ved RR<8 eller vanskelig vekkbart og cyanose: Tilkall hjelp. 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. Vurder O<sub>2</sub> og assistert ventilasjon, Start opp opioid i redusert dose. Ved symptomatisk eller >30% BT fall: gi ringer 500 ml, vurder nalokson
- Ved bevisstløs pasient med minimal/fraværende respirasjon; Gi 1 ampulle 0.4 mg Naloxon, evt 2 nye etter 30 sek osv. til respons. Tilkall hjelp

Andre konvertering-/ekvipotenstabeller i vanlig bruk i palliasjon i Norge

- Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerter/behandling>
- Ekvipotenstabell for opioider, Lovisenberg diakonale sykehus, utviklet av Are Normann: <https://lovisenbergssykehus.no/Documents/Hospice/Ekvipotenstabell%20for%20opioider%20A4%20mai2019.pdf>