

		Foretaksnivå			Prosedyre
Opioider på sengepost - Ordinering og overvåking, SSHF					Side 1 av 5
Dokumentplassering: 1.3.3-46	Godkjent dato: 18.09.2018	Revideres innen: 18.09.2020	Sist endret: 18.09.2018	Revisjon: 1.00	

Foretaksnivå/Generelle fagprosedyrer/Legemiddelhåndtering
 ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: []

1.0 Hensikt

Sikre observasjon og dokumentasjon ved gitt opioider.

2.0 Målgruppe

Prosedyren omhandler smertebehandling for somatiske sengeposter. Den omfatter ikke smertebehandling på spesialavdelinger slik som lindrendeavdeling, intensiv, akuttmottak eller postoperativ.

3.0 Fremgangsmåte

3.1 Overordnede prinsipper for smertebehandling på sengepost

3.1.1 Årsak til smerte

Årsak til smerte skal alltid evalueres og om mulig behandles før eller samtidig som man gir medikamentell smertebehandling.

3.1.2 Smerte skal evalueres, dokumenteres og behandles

Rask smertebehandling, eller lindring på annen måte, er viktig, både fordi ubehandlet smerte er svært ubehagelig og vanligvis blir verre over tid.

3.1.3 Multimodal ikke-opioid smertebehandling

Optimal multimodal smertebehandling (dvs. flere midler/metoder samtidig) samt bruk av ikke-opioid medikamentell smertelindring skal alltid vurderes før man gir opioider. Første tiltak vil vanligvis være Paracetamol, som ved behov suppleres med ett eller flere andre tiltak: NSAID, COX-II hemmer, glukokortikosteroid, gabapentinoider (gabapentin eller pregabalin), klonidin og/eller lokal/regional analgesi.

3.1.4 Administrasjonsmåter

- *Peroral behandling* skal benyttes så langt mulig. Sterkt opioid kan for eksempel være Oksykodon. Dette legemiddelet har pålitelig absorpsjon og finnes formulert både som tablett med rask absorpsjon og såkalt depotformulering (forsinket frisetting og absorpsjon). Perorale alternativer kan være morfin, kodein, Tramadol, Tapentadol eller Buprenorfin. Disse legemidlene har noe mindre pålitelig absorpsjon over i blodbanen og/eller mindre effekt sammenliknet med Oksykodon.

Titrert intravenøs behandling skal benyttes når peroral behandling ikke er mulig eller adekvat (eks. sterk, akutt smerte eller koronar smerte). Aktuelle opioider vil være morfin og Oksykodon. For praktiske forhold vil disse ha omtrent samme potens og virketid, men erfaring tilsier at morfin har et noe tregere anslag av maksimal effekt enn Oksykodon. Disse opioidene vil kunne ha noe forskjellig effektprofil hos forskjellige pasienter og i forskjellige situasjoner (f.eks.: morfin og akutt lungeødem, opioidrotasjon).

Preparatene kan gis fortynnet i Natriumklorid 9 mg/ml eller Glukose 50 mg/ml. Morfin 10 og 20 mg/ml og Oksykodon 10 mg/ml

SSK: [Intravenøs smertebehandling med Oxynorm iv eller Morfin iv, Kirurgiske senger SSK](#)

SSA: [Intravenøs smertebehandling ved ortopedisk post 2C SSA](#)

Bruk av *alternative administrasjonsformer* for opioider (f.eks. neseppray, plaster, stikkpiller) kan være aktuelt i spesielle tilfeller.

Utarbeidet av: Arbeidsgruppe i regi av legemiddelkomiteen	Fagansvarlig: Arbeidsgruppe i regi av legemiddelkomiteen	Verifisert av: <input type="checkbox"/>	Godkjent av: Per Engstrand	Dok.nr: D46388
---	--	--	--------------------------------------	--------------------------

 SØRLANDET SYKEHU		Opioider på sengepost - Ordinering og overvåking, SSHF			Side: 2 Av: 5
Dokument-id: I.3.3-46	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe i regi av legemiddelkomiteen	Fagansvarlig: Arbeidsgruppe i regi av legemiddelkomiteen	Godkjent dato: 18.09.2018	Godkjent av: Per Engstrand	Revisjon: 1.00

Foretaksnivå/Generelle fagprosedyrer/Legemiddelhåndtering

3.1.5 Smerteprofylakse

Ved forventet smerte skal man alltid vurdere adekvat smerteprofylakse, for eksempel i forbindelse med operasjon og anestesi.

3.1.6 Manglende smertekontroll eller uventende bivirkninger

- Dosebehovet for opioider kan variere sterkt fra pasient til pasient, også når ikke spesielle forhold (f.eks. toleranse og organsvikt) foreligger. Hovedprinsippet for opioider er titrert dosering til adekvat effekt oppnås.
- Dersom det foreligger manglende smertekontroll eller det tilkommer potensielt alvorlige bivirkninger av ordinert smertebehandling, skal postlege eller vaktlege på sengeavdeling kontaktes.

3.2 Praktisk gjennomføring

3.2.1 Vurdering av pasient og dokumentasjon

Pasientens tilstand skal vurderes og dokumenteres **før** og **etter** opioid gis. Observasjon i etterkant tilpasses aktuelt medikaments anslagstid.

3.2.2 Smertevurdering

- ”Numerisk Rating Skala” - NRS (se vedlegg)- skal ligge til grunn for vurdering av smerte. Denne skalaen går fra 0 (= ingen smerte) til 10 (= uutholdelig mye smerte). Det tilstrebes at pasienten skal ha adekvat smertelindring. Dette tilsvarer skår 0-3 i hvile ved bruk av NRS.

3.2.3 Våkenhetsgrad

Våkenhetsgrad skal vurderes og dokumenteres **før** og **etter** opioid administrasjon.

Klassifisering:

- 0: Våken
- 1: Søvnig
- 2: Sover, men vekkbare ved tiltale
- 3: Sover, men vekkbare ved kraftig berøring
- 4: Ikke vekkbare eller ufri luftvei
- S: Normal nattesøvn

3.2.4 Respirasjon og fri luftvei

- En pustefrekvens < 8/min (i fase hvor pasienten ikke prater eller stimuleres) skal behandles. Dersom frekvensen ligger mellom 8-10/min bør pasienten ha hyppig observasjon. (se pkt 4.2.4)
- Fri luftvei vurderes enklest ved å holde hånden foran munn/nese og kjenne varm/fuktig ekspirasjonsluft i takt med pustebevegelsene.

Unntak:

- a) Telling av pustefrekvens og vurdering av fri luftvei kan sløyfes hos pasienter som er helt våkne.
- b) Ved naturlig søvn med fri luftvei og pustefrekvens > 10/min behøver man ikke vekke pasienten.

 SØRLANDET SYKEHU		Opioider på sengepost - Ordinerings og overvåking, SSHF			Side: 3 Av: 5
Dokument-id: I.3.3-46	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe i regi av legemiddelkomiteen	Fagansvarlig: Arbeidsgruppe i regi av legemiddelkomiteen	Godkjent dato: 18.09.2018	Godkjent av: Per Engstrand	Revisjon: 1.00

Foretaksnivå/Generelle fagprosedyrer/Legemiddelhåndtering

3.2.5 Ordinerings

(se også [Medisinkurve/medisin ark, bruk](#))

- Opioid behandling på sengepost skal alltid ordineres av lege.
- Ordinerings kan være:
 - Faste doser/tidspunkter
 - Tilleggs ordinerings ved behov;
 - med øvre grense (antall doseringer og/eller maksimal dose) eller
 - uten øvre grense (dvs. inntil smertelindring, jmf punkt 3.3.1)
- Ved samtidig ordinerings av sedativa som virker respirasjonsdeprimerende (eks. benzodiazepiner) og opioid, eller pasientpåvirkning fra tidligere doser, skal særlige hensyn tas til dosering med tanke på økt risiko for sedasjon/respirasjonspåvirkning.
- Eventuelt behov for ekstra overvåking må vurderes.

3.2.6 Administrasjon

- Sykepleier skal alltid vurdere pasientens tilstand (se punkt 4.2.1.1 -4.2.1.3 over) før opioid gis. Dette gjelder også for faste, ordinerte opioid doser.
- Hos pasient som har tendens til ufri luftvei eller pustefrekvens < 8/min skal lege konsulteres før fast ordinert opioid gis. (Se for øvrig punkt 4.2.4.1 ved respirasjonsproblemer.)
- Eventuelt tilleggsdose opioid (behovsmedisinering) skal ikke gis hvis pasienten har tendens til ufri luftvei eller lav pustefrekvens (<8/min). (Se for øvrig punkt 4.2.4.1 ved respirasjonsproblemer.)

3.3 Overvåking

3.3.1 Rutineovervåking

- **Observasjonstid**
 - **Intravenøs bolusdose:**
 - Sykepleier skal observere pasienten etter administrering av intravenøs bolusdose i minst 5 minutter (minst 10 minutter for morfin). Hvis pasienten etter denne observasjonsperioden har tendens til å sovne eller har pustefrekvens under 10/min, skal sykepleier observere i ytterligere 5 minutter (10 minutter for morfin).
 - Hvis pasienten etter første observasjonsperiode fremdeles har hvilemerte > 3, kan ny bolusdose gis.
 - Pasienter som er stabile etter titrering og initial observasjon med intravenøst opioid, bør observeres minst hver time det første halve døgnet etter dose.
 - Observasjonen skal omfatte vurdering av fri luftvei, pustefrekvens og våkenhetsgrad. (Hvis ikke pasienten er våken, se avsnitt 4.2.1 Vurdering av pasient og dokumentasjon.)
 - **Peroralt opioid:**
 - Pasienter som kun har fått perorale opioider, bør observeres minst hver time det første halve døgnet etter oppjustering av dose. Observasjonen skal omfatte vurdering av fri luftvei, pustefrekvens og våkenhetsgrad.
- **Ved respirasjonsproblemer:**
 - Hvis pasienten har pustefrekvens < 8/min, eller man er i tvil om ufri luftvei foreligger, skal lege tilkalles umiddelbart og pasienten stimuleres med tilsnakk og berøring. I påvente av lege kommer til, bør tiltak klargjøres og evt. benyttes: oksygentilskudd, stabilt sideleie, hakegrep for sikring av luftvei, svelgtube, maske-bag og nalokson.

 SØRLANDET SYKEHU		Opioider på sengepost - Ordinering og overvåking, SSHF			Side: 4 Av: 5
Dokument-id: I.3.3-46	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe i regi av legemiddelkomiteen	Fagansvarlig: Arbeidsgruppe i regi av legemiddelkomiteen	Godkjent dato: 18.09.2018	Godkjent av: Per Engstrand	Revisjon: 1.00

Foretaksnivå/Generelle fagprosedyrer/Legemiddelhåndtering

- Hvis pasienten har ufri luftvei som ikke lar seg korrigere, eller pustefrekvens < 8/min tross stimulering, skal nalokson 0,1 mg gis så raskt som mulig iv, uten å vente på hjelp.
- **Pulsoksymeter:**
Hos pasient som vurderes til å ha reell risiko for ufrie luftveier eller langsom respirasjon, anbefales bruk av pulsoksymeter.
- **Når årsak til smerte fjernes:**
Pasienter som er under påvirkning av opioider og hvor smerten eller årsaken til smerten dempes/fjernes (f.eks. blære tømmes, dren fjernes, stram gips klippes opp, det anlegges nerveblokkade eller epidural eller ikke-opioid analgesi gis intravenøst) skal observeres med 5-10 minutters intervaller den første timen etterpå og deretter minst én gang i timen til tilstanden vurderes som helt stabil.

3.3.2 Overflytting til overvåkingsenhet

Hos pasienter hvor smerte eller behovet for opioid er ustabil og/eller vanskelig å tilfredsstille, eller hos pasienter som har symptomer på opioid overdosering, skal følgende tiltak vurderes:

- **Overflytting til overvåkningsavsnitt (intensiv/intermediærpost/postoperativ).** Vakhavende lege skal tilkalles hvis man vurderer eller har grunn til å vurdere forsterket overvåking. Ved tvil skal slik overvåking iverksettes. Hvis overflytting til overvåkningsavsnitt er ønskelig, men ikke umiddelbart lar seg iverksette, plikter ansvarlig lege for overvåkningsavsnittet å tilse og vurdere pasienten.

3.3.3. Dokumentasjon

- Alle ordineringer skal skrives og signeres i ordinær kurve. Unntak kan være ordineringer på spesialskjema for epidural smertelindring eller PCA.

Til pasienter som får opioider på sengepost skal [Smerteskjema SSHF](#) benyttes for å dokumentere observasjoner av smerte, våkenhet, fri/ufri luftvei og respirasjonsfrekvens. Skjemaet føres og signeres ved hver observasjon (se ovenfor). Signeringen gjelder overvåking og gjøres av personen som har administrert legemiddelet eller den som overtar ansvaret. Utdelt legemiddel dokumenteres i tillegg på ordinær kurve.

3.3.4 Beredskap

På sengeposter hvor det gis opioider skal følgende være umiddelbart tilgjengelig:

- **Rutiner for varsling:** Enkle, entydige rutiner for rask varsling og tilkalling av hjelp, internt på sengepost og utenfra, skal være slått opp på sentrale steder. Alt personale skal være kjent med varslingsrutiner.
- **Medikamenter og utstyr:** Maske/bag, oksygen, pulsoksymeter og nalokson skal finnes på lett tilgjengelig sted.

Kryssreferanser

[I.4.FEL.8-3](#)

[Smerteskjema SSHF](#)

[II.SOA.APP.SENG.7-10](#)

[Intravenøs smertebehandling ved ortopedisk post 2C SSA](#)

[II.SOK.KSK.FEL.2.S-15](#)

[Intravenøs smertebehandling med Oxynorm iv eller Morfin iv, Kirurgiske senger SSK](#)

Eksterne referanser

<http://ehandboken.ous-hf.no/document/40450>

Dokument-id:
I.3.3-46Utarbeidet av:
Arbeidsgruppe i regi av
legemiddelkomiteenFagansvarlig:
Arbeidsgruppe i regi av
legemiddelkomiteenGodkjent dato:
18.09.2018Godkjent av:
Per EngstrandRevisjon:
1.00

Foretaksnivå/Generelle fagprosedyrer/Legemiddelhåndtering