

		Foretaksnivå			Prosedyre
Legemiddelhåndtering, Opioider på sengepost - Ordinering og overvåking, SSHF					Side 1 av 5
Dokumentplassering: I.2.2-45	Godkjent dato: 06.05.2025	Revideres innen: 06.05.2027	Sist endret: 22.05.2025	Revisjon: 5.02	

Foretaksnivå/Generelle prosedyrer/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 barneavdelingen, lindrende avdeling, 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](#)

Utarbeidet av: Maja H. Holt, Agno Ødegaard, Janne Stien, Beate H. Valvik, Espen Kiledal, Hilde Nymann, Linda Johannson, Tone Jakobsen, Vivi H. Tønnessen, Ann- Helen Dolsvåg	Fagansvarlig: Ole Bjørn Kittang	Verifisert av: □	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Ole Bjørn Kittang	Dok.nr: D46388
--	------------------------------------	---------------------	---	-------------------

		Legemiddelhåndtering, Opioider på sengepost - Ordinering og overvåking, SSHF			Side: 2 Av: 5
Dokument-id: 1.2.2-45	Utarbeidet av: Maja H. Holt, Agno Ødegaard, Janne Stien, Beate H. Valvik, Espen Kiledal, Hilde Nymann, Linda Johannson, Tone Jakobsen, Vivi H. Tønnessen, Ann- Helen Dolsvåg	Fagansvarlig: Ole Bjørn Kittang	Godkjent dato: 06.05.2025	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Ole Bjørn Kittang	Revisjon: 5.02

Foretaksnivå/Generelle prosedyrer/Legemiddelhåndtering

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

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

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 **før** og **etter** opioid gis. Dokumenteres i MetaVision så snart som mulig (i løpet av vekten).

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 **før** og **etter** opioid administrasjon. Dette registreres i MetaVision under smerte så snart som mulig.

Klassifikasjon:

- Våken
- Søvnig
- Sover, lett vekkbare
- Sover, vanskelig vekkbare
- 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)

		Legemiddelhåndtering, Opioider på sengepost - Ordinering og overvåking, SSHF			Side: 3 Av: 5
Dokument-id: I.2.2-45	Utarbeidet av: Maja H. Holt, Agno Ødegaard, Janne Stien, Beate H. Valvik, Espen Kiledal, Hilde Nymann, Linda Johannson, Tone Jakobsen, Vivi H. Tønnessen, Ann- Helen Dolsvåg	Fagansvarlig: Ole Bjørn Kittang	Godkjent dato: 06.05.2025	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Ole Bjørn Kittang	Revisjon: 5.02

Foretaksnivå/Generelle prosedyrer/Legemiddelhåndtering

- Fri luftvei vurderes enklest ved å holde hånden foran munn/nese og kjenne varm/fuktig ekspirasjonsluft i takt med pustebevegelsene.

Unntak:

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

3.2.5 Ordinering

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

- Opioid behandling på sengepost skal alltid ordineres av lege.
- Ordinering kan være:
 - Faste doser/tidspunkter
 - Tilleggs ordinering 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 ordinering 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 være hos 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). Skal observeres tett de første 30 min (tilsyn hvert 5 min).
 - Hvis pasienten etter første observasjonsperiode fremdeles har hvilesmerter > 3, kan ny bolusdose gis.

		Legemiddelhåndtering, Opioider på sengepost - Ordinering og overvåking, SSHF			Side: 4 Av: 5
Dokument-id: I.2.2-45	Utarbeidet av: Maja H. Holt, Agno Ødegaard, Janne Stien, Beate H. Valvik, Espen Kiledal, Hilde Nymann, Linda Johannson, Tone Jakobsen, Vivi H. Tønnessen, Ann- Helen Dolsvåg	Fagansvarlig: Ole Bjørn Kittang	Godkjent dato: 06.05.2025	Godkjent av: På vegne av fagdirektøren Ole Bjørn Kittang	Revisjon: 5.02

Foretaksnivå/Generelle prosedyrer/Legemiddelhåndtering

- Pasienter som er stabile etter titrering og initial observasjon med intravenøst opioid, observeres med NEWS 2 etter prosedyre.
- Pulsoksymeter: Hos pasient som vurderes til å ha reell risiko for ufrie luftveier eller langsom respirasjon, anbefales bruk av pulsoksymeter i observasjonstiden.
- **Peroralt opioid:**
 - Ved oppstart eller oppjustering av opioider skal pasienten observeres 2 ganger den første timen, for å observere effekt og vurdering av fri luftvei, pustefrekvens og våkenhetsgrad. Etter dette skal pasienten observeres hver time de neste 2 timer. Etter det NEWS 2 etter prosedyre.
-
- **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.
 - 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.
-
- **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).** Vakthavende 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 MetaVision.
- Til pasienter som får opioider på sengepost skal NRS i MetaVision benyttes for å dokumentere observasjoner.

3.3.4 Beredskap

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

Dokument-id:
I.2.2-45

 Utarbeidet av:
Maja H. Holt, Agno
Ødegaard, Janne Stien,
Beate H. Valvik, Espen
Kiledal, Hilde Nymann,
Linda Johannson, Tone
Jakobsen, Vivi H.
Tønnessen, Ann- Helen
Dolsvåg

 Fagansvarlig:
Ole Bjørn Kittang

 Godkjent dato:
06.05.2025

 Godkjent av:
På vegne av fagdirektøren
Ole Bjørn Kittang

 Revisjon:
5.02

Foretaksnivå/Generelle prosedyrer/Legemiddelhåndtering

- **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.

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