

Sedationsstrategi, bilag

Alkohol abstinens scoring	2
Delirium screening	3
Sedations-scoring redskaber	4
RAMSAY sedationscore	4
Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)	5
Smerte-scoring værktøjer	6
Numerisk Rang Skala (NRS)	6
Visuel Analog Skala (VAS)	6
Verbal Rangskala (VRS)	6
Smerteskalaer baseret på observation/adfærd	7
Behavioral Pain Scale (BPS)	7
Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)	8
Vejledende farmakokinetik, opioider	9

Delirium screening

CAM-ICU består af 2 trin. I første trin vurderes sedationsniveauet og i det andet, bestående af 4 del-elementer, vurderes forekomsten af delir.
For praktisk gennemførelse: se *CAM-ICU score* (aktivt)

Trin 1:

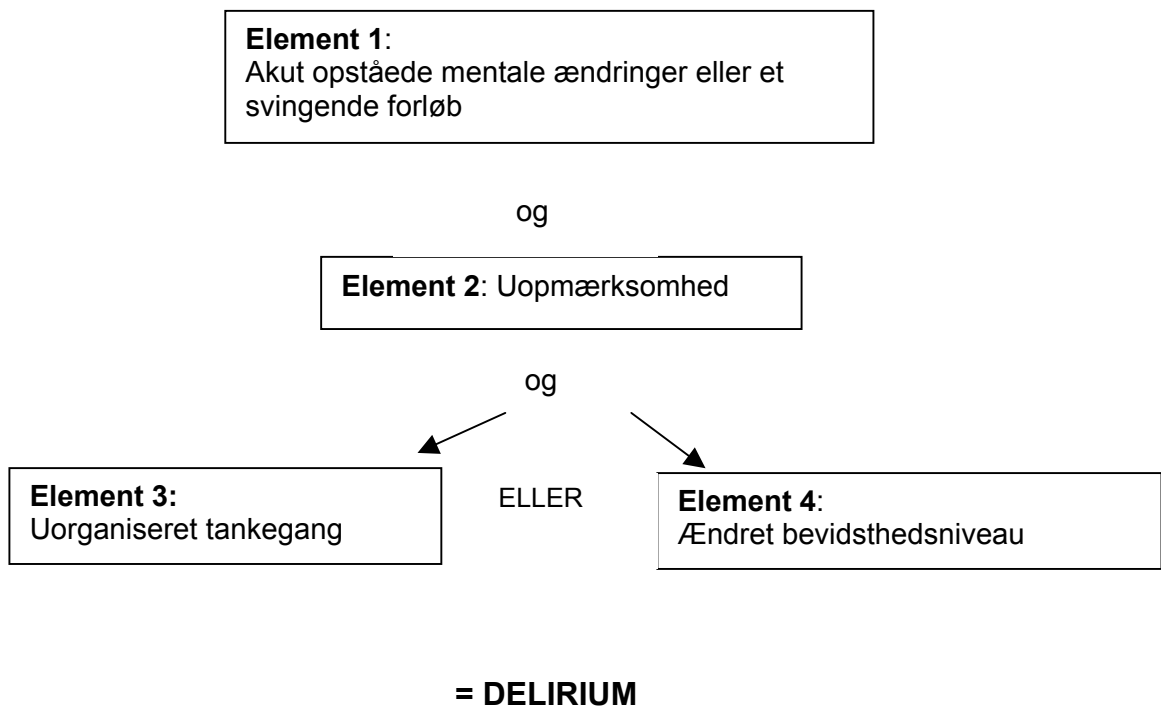
Sedationsniveauet vurderes:

RASS:

- +4 Åbenlyst aggressiv:, voldelig, umiddelbar fare for personalet.
- +3 Trække i eller fjerner tube(r) eller katetre, aggressiv.
- +2 Hyppige bevægelser uden formål, modarbejder respiratoren.
- +1 Urolig men bevægelserne ikke aggressive.
- 0 Patienten skal være nærværende, ikke blot have åbne øjne.
- 1 Ikke helt vågen, men kan holde sig vågen på verbal opfordring (>10 sekunder) (der er øjenåbning og øjeblikkontakt)
- 2 Kortvarigt vågen på verbal opfordring (<10 sekunder, -der er øjeblikkontakt)
- 3 Bevægelser eller øjenåbning på verbal opfordring (der ingen øjenkontakt)
- 4 Ingen respons på verbal opfordring, men bevægelse eller øjenåbning på fysisk stimulation
- 5 Ingen respons på verbal eller fysisk stimulation.

Ved RASS -5 til -4 indstilles vurderingen og udsættes til senere. Hvis RASS er -3 til +4 fortsættes til trin 2.

Trin 2:



SEDATIONS-SCORINGS REDSKABER:

RAMSAY sedationscore	
Score	Beskrivelse
1	Patienten er nervøs, agiteret og/eller urolig
2	Patienten er samarbejdsvillig, orienteret og rolig
3	Patienten reagerer kun på tiltale
4	Patienten udviser klart respons på let glabella stimulation eller stimulation med høj lyd
5	Patienten udviser sløvt respons på let glabella stimulation eller stimulation med høj lyd
6	Patienten udviser intet respons

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Score	Betegnelse	Beskrivelse
+4	Aggressiv	Åbenlyst aggressiv, voldelig, umiddelbar fare for personalet
+3	Meget agiteret	Trække i eller fjerner tube(r) eller katetre, aggressiv
+2	Agiteret	Hyppe bevægelser uden formål, modarbejder respiratoren
+1	Rastløs	Urolig men bevægelserne ikke aggressive
0	Nærværende og rolig	Patienten skal være nærværende, ikke blot have åbne øjne
-1	Døsig	Ikke helt vågen, men kan holde sig vågen på verbal opfordring (>10 sekunder) (der er øjenåbning og <u>øjeblikkontakt</u>)
-2	Let bevidsthedspåvirket	Kortvarigt vågen på verbal opfordring (<10 sekunder) (der er <u>øjeblikkontakt</u>)
-3	Moderat bevidsthedspåvirket	Bevægelser eller øjenåbning på verbal opfordring (der ingen øjenkontakt)
-4	Dybt bevidsthedspåvirket	Ingen respons på verbal opfordring, men bevægelse eller øjenåbning på fysisk stimulation
-5	Komatøs	Ingen respons på verbal eller fysisk stimulation

Smerte-scoringsværktøjer:

Numerisk Rang Skala (NRS)



Visuel Analog Skala (VAS)

En numerisk rang skala i form af en 100 mm lang streg på et stykke papir. Patienten angiver sin smerte ved at sætte et mærke på strengen, VAS scores ved at måle længden i mm fra ingen smerte til patientens mærke.

Verbal Rangskala (VRS)

En fempunkts VRS kan se således ud:

- Ingen smerter
- Lette smerter
- Moderate smerter
- Svære smerter
- Uudholdelige smerter

Smerteskalaer baseret på observation/adfærd

Denne type smerteskalaer anvendes til den sederede ikke kommunikerende patient.

Behavioral Pain Scale (BPS)

Indikator	Beskrivelse	Score
Ansigtsudtryk	Afslappet	1
	Let anspændt	2
	Meget anspændt	3
	Grimmasseren	4
Overekstremiteter	Ingen bevægelse	1
	Delvist flexeret	2
	Helt flekteret inkl. flexion af fingre	3
	Vedvarende flexion	4
Kompliance med respirator	Tolererer bevægelser	1
	Hoster, men tolererer ventilation i den overvejende del af tiden	2
	Patienten modarbejder	3
	Utilstrækkelig ventilation pga dårlig compliance	4

Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

Indikator	Beskrivelse	Score
Ansigtstudtryk	Afslappet	0
	anspændt	1
	Grimasserende med lukkede øjne	2
Bevægelser	Bevæger sig ikke	0
	Beskyttende bevægelser, søger opmærksomhed	1
	Rastløs, agiteret	2
Tension ved passiv bevægelse af ekstremiteter	Normal tonus	0
	Øget tonus/rigiditet	1
	Meget anspændt/rigid	2
Kompliance med respirator (intubererede)	God tolerance	0
	Hoster men tolererer	1
	Modarbejder	2
eller		
Vokalisering (ekstuberede)	Normal stemmeføring eller tavs	0
	Sukker, stønner	1
	Græder, hulker	2
Total		0-8

Vejledende farmakokinetik, opioider:					
	Ækvivalente doser (mg)	Begyndende virkning. (min)	Maximal virkning	Virkningsvarighed	Døgndækkende dosering
Morfin					
• Parenteralt	10 mg	15-20 min	45-60 min	3 timer	10 mg x 6-7
• Peroralt, alm.	30 mg	20-30 min	60-100 min	4 timer	30 mg x 6
• Peroralt, depot	30 mg	60-90 min	200-300 min	8-14 timer	90 mg x 2
• Rectalt	20 mg	20-30 min	60-75 min	4 timer	20 mg x 6
Metadon					
• parenteralt	Dynamisk ækvipotens*	10-20 min	30-60 min	3 timer	10 mg x 7-8
• peroralt	Dynamisk ækvipotens*	20-30 min	60-90 min	4(8)* timer	20 mg x 3**
Alfentanil i.v.	1 mg	0,5-1 min	2 min	0,5 timer	
Fentanyl	0,1 mg		4-5 min	<30 min	infusion
Sufentanil	0,01 mg	1-2 min	12-15 min	< 30 min	infusion
Remifentanil i.v.	n/a	Få min	Få min	ultrakort	infusion
<p>* Ækvivalenter tabeller underestimerer metadons potens. Metadons potens øges i forhold til morfin ved højere doseringer; - såkaldt dynamisk ækvipotens).</p> <p>** Virkningsvarighed ved kronisk behandling.</p>					