

Sedations strategi, Bilag

Indhold

Alkohol Abstinens score	2
CAM-ICU	3
ICDSC	4
Sedations-scorings redskaber	5
Ramsey Sedationscore:.....	5
Richmond Agitation Sedation Scale (RASS).....	6
Smerte scorings værktøjer	7
Numerisk Rang Skala (NRS).....	7
Visuel Analog Skala (VAS).....	7
Verbal Rang Skala (VRS)	7
Smerteskalaer baseret på observation/adfærd	8
Behavioral Pain Scale (BPS):.....	8
Critical-care Pain Observation Tool (CPOT):	9
Opioider: Oversigt over vejledende ækvipotens forhold	10

Alkohol Abstinens score

SUNDHEDS
PLATFORMEN



Hospitals- sygehusnavn _____

Årstal _____

Afdelingsnavn/-nummer _____

Skemanummer _____

OBSERVATION OG SCORE AF ALKOHOL-ABSTINENS SYMPTOMER

VÆGT:			Indre uro	OBSERVATIONER							SCORE							INDGIVET ABSTINENS-MEDICIN				BEMERKNINGER/SIGNATUR
Dato	Klokken	%		P	BT	TP	RF	SAT-O ₂	Søvn	Sved	Trem	Uro	Puls	Temp	Hall	Bev	I alt	TBL CHLORDIAZEPOXID		INJ. DIAZEPAM		
																		Oralt mg	mg i alt	IV mg	mg i alt	

Fortsættes på bagsiden → Indre uro indgår ikke i scoringen, men kan være første tegn på en behandlingskrævende tilstand. → Chlordiazepoxidbehandling påbegyndes uanset score, hvis patient indlagt til abstinensbehandling ikke sover om natten. → Lægen skal orienteres, hvis patienten opnår en score på blot én af de røde kategorier. Patientens sikres mod uvelkomne sansindtryk.

- Sved**
0 = Ingen svedtendens
½ = Hudens varm og fugtig
1 = Lokalt gørlende sved
1½ = Hele kroppen fugtig
2 = Maximalt svedudbrud
- Tremor**
0 = Ingen tremor
½ = Tremor under bevægelse
1 = Let hviletremor af OE
1½ = Kraftig tremor af ekstremiteterne
2 = Kraftig tremor af hele kroppen
- Motorisk uro**
0 = Ingen uro
½ = Let motorisk uro
1 = Konstant bevægelse/arspændthed
1½ = Konstant bevægelse/går rastløs omkring
2 = Maksimal uro, må bæltefikseres
- Puls**
0 = under 90
½ = 90-100
1 = 101-110
1½ = 111-120
2 = over 120
- Temperatur**
0 = under 37,3
1 = 37,3-37,6
2 = 37,7-38,0
3 = 38,1-38,4
4 = over 38,4
- Hallucinationer**
0 = Ingen hallucinationer
1 = Periodiske strukturerede hall.
2 = Periodiske ustrukturerede hall.
3 = Konstante hall., kan afledes
4 = Konstante hall., kan ej afledes
- Bevidsthedsklarhed**
0 = Helt klar og fuldt orienteret
1 = Sikker i egne data, usikker i tid/sted
2 = Orienteret i egne data, ikke i tid og sted
3 = Usikker i egne data, tid og sted
4 = Totalt desorienteret, ingen relevant kontakt

ABSTINENSBEHANDLING

<p>Ukomplerede abstinenssymptomer</p> <p>Startdosis ved score 2 – 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tbl. chlordiazepoxid 100-200 mg hver anden time Hvis patienten ikke er kendt fra tidligere, startes med tbl. chlordiazepoxid (50)-100 mg oralt Hvis patienten har svære abstinenssymptomer og er kendt fra tidligere, begyndes med tbl. chlordiazepoxid 200 mg oralt <p>Startdosis ved score over 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gives tbl. chlordiazepoxid 100-200 mg hver time Patienten skal lyses af læge, når der er indgivet 600 mg indentor det første døgn eller ved feber 	<p>Observations- og scoringshyppighed</p> <p>Ved score under 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> Patienten scores hver time Intervaller kan øges ved længerevarende lav score <p>Ved score på 6 og derover:</p> <ul style="list-style-type: none"> Patienten scores hver ½ time 	<p>Svære abstinenssymptomer/delinrium tremens</p> <ul style="list-style-type: none"> Der gives inj. diazepam iv i refrakte doser, start med testdosis på 5 mg og øgnes i doser af 10-20 mg med få minutters interval indtil søvn Pl. må ikke vågne mellem injektionerne Ved samlet kumulert døgnindgift på 500 mg diazepam uden opnåelse af søvn kontakt intensiv mhj. præparatskit og overflytning til somatisk- eller intensivafdeling Patienter, der får intravenøs diazepam, skal have skærpet fast vagt 	<p>Observations- og scoringshyppighed</p> <ul style="list-style-type: none"> Abstinensscoring hver halve time, herunder respirationsfrekvens Kontinuerlig monitoring af SAT-O₂ Rubens ballon og flumazenil skal findes på stuen. Ved overdosering i form af påvirket respiration med faldende respirationsfrekvens og/eller SAT-O₂ gives startdosis flumazenil på 0,2-0,3 mg iv, som kan gentages Hovedgærde bør eleveres til forebyggelse af aspirationepneumoni 	<p>Patienten skal ses af læge ved</p> <ul style="list-style-type: none"> en samlet chlordiazepoxid-dosis på over 600 mg i første døgn temperaturstigning, hallucinationer, bevidsthedsplumning eller andre tegn på delirium ved en faldende SAT-O₂ (under 93%)
---	---	---	---	--

Version: 2007/10/26 N - Region Hovedstaden - 8004 - Abstinensscore - Version 2

Delirium screening

CAM-ICU

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:

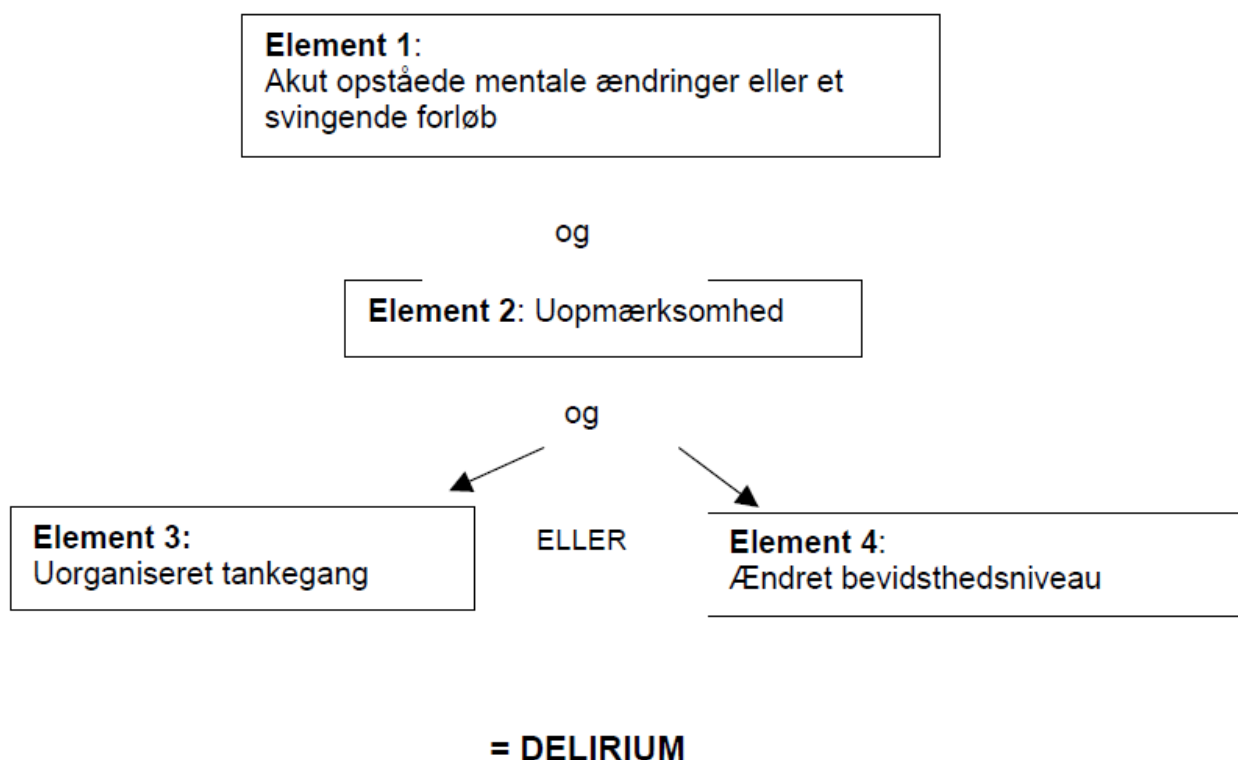
Sedationsniveauet vurderes:

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 øjenkontakt)
- 2 Kortvarigt vågen på verbal opfordring (<10 sekunder, -der er øjenkontakt)
- 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:



ICDSC

ICDSC har 8 punkter, og der kan gives en score på 0 eller 1 point ud for hvert punkt (Total score 0-8).

Udfyldes i slutningen af hver vagt. 0 point = Ingen delirium, 1-3 point = Sub-syndromal delirium, 4-8 point = Delirium

Nedenstående udgave af ICDSC forefindes i Sundhedsplatformen under fanen "Screeninger" (Søg på "ICDSC" under screeninger). Vil blive lagt ind under CNS på sigt.

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)				
Punkt	Særlige omstændigheder:	DAG	AFTEN	NAT
	1.	<p>Ændret bevidsthedsniveau, vælg en fra A til E af følgende RASS kategorier: Bemærk: Det kan være nødvendigt at revurdere patienten ved ændring i sedation.</p> <p>A. RASS = +1 til +4 Overdreven/agiteret reaktion Point: 1 B. RASS = 0 Vågen/rolig/samarbejdende Point: 0 C. RASS = -1 til -2 Reagerer på mild til moderat stimulation Point: 1 (0 point hvis det skyldes sedation) D. RASS = -3 Reagerer på kraftig og gentagende stimuli ** Stop vurdering E. RASS = -4 til -5 Ingen reaktion ** Stop vurdering</p>		
2.	<p>Uopmærksomhed: Mindst en afvigelse angives med 1 point A. Svært ved at følge en instruks ("vis mig to fingre... vis mig nu en mere") ELLER bliver let distraheret af ydre stimuli ELLER har vanskeligt ved at skifte fokus. B. Patienten følger dig ikke med øjnene. C. Patienten trykker ikke din hånd, hver gang du siger bogstavet "A", mens du staver "HAVE A HAART" (Må max have 2 fejl).</p>			
3.	<p>Desorienteret: Mindste en åbenlys afvigelse angives med 1 point A. Fejl i tid, sted eller egne data "Hvor er du henne?" B. Patienten ude af stand til at genkende plejepersonale eller familie.</p>			
4.	<p>Hallucinationer eller vrangforestillinger: Mindst en af følgende angives med 1 point A. Sikre tegn på hallucinationer eller adfærd udsprunget af hallucinationer eller vrangforestillinger. Total fravær af realitetsfornemmelse. B. Enhver hallucination nu eller indenfor de sidste 24 timer? "Har du skræmmende tanker eller drømme?" "Er du bange for mennesker eller ting omkring dig?"</p>			
5.	<p>Psykomotorisk agitation eller sløvhed: Mindst en af følgende angives med 1 point A. Hyperaktivitet, der kræver brug af yderligere sedativa eller fysisk fiksering for at beskytte patienten mod at skade sig selv eller andre (fx trækker i IV adgange, slår mod personalet eller RASS +2,+3,+4). B. Hypoaktivitet eller klinisk observeret psykomotorisk sløvhed (RASS -1,-2). C. Blandet forekomst af hyperaktivitet og hypoaktivitet baseret på dokumentation og observation gennem en vagt af primære sygeplejerske.</p>			
6.	<p>Upassende tale eller sindsstemning: Mindst en af følgende angives med 1 point Upassende, uorganiseret eller usammenhængende tale (observeres ved skriftlig kommunikation hos non-verbale patienter) ELLER upassende sindsstemning eller opførsel relateret til begivenheder eller situationer.</p>			
7.	<p>Søvn/vågen cyklus: Blot en af følgende angives med 1 point A. Sover mindre end 4 timer om natten eller mere end 4 timer i dagtiden B. Hyppige opvågninger om natten (gælder IKKE opvågninger initieret af personalet eller af høje lyde på stuen).</p>			
8.	<p>Svingende symptomer: Angives med 1 point Svingning af hvilken som helst af ovenstående punkter baseret på vurdering fra vagt til vagt. (Gælder kun ved negative symptom ændring)</p>			
	<p>Total ICDSC score (0-8 point):</p> <p>En total ICDSC score på ≥ 4 point har en 85% sensitivitet i forhold til en psykiatrisk delirium diagnose hos patienter med akut hjerneskade.</p>			

Revideret udgave af ICDSC fra 2009, oversat til dansk af Laura Krone, Marian Petersen og Ingrid Egerod med tilladelse af Y. Skrobik.

Endelig udgave godkendt af oversættelsesgruppen januar 2015. Kontakt: laura.krone.larsen@regionh.dk

Sedations-scorings redskaber

Ramsay Sedationscore:

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)

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	Hyppige 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 øjenkontakt)
-2	Let bevidsthedspåvirket	Kortvarigt vågen på verbal opfordring (<10 sekunder) (der er øjenkontakt)
-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 scorings værktøjer

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 stregen, VAS scores ved at måle længden i mm fra ingen smerte til patientens mærke.

Verbal Rang Skala (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
Ansigtstudtryk	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) eller	God tolerance	0
	Hoster men tolererer	1
	Modarbejder	2
Vokalisering (ekstuberede)	Normal stemmeføring eller tavs	0
	Sukker, stønner	1
	Græder, hulker	2
Total		0-8

Opioider: Oversigt over vejledende ækvipotens forhold

	Ækvipotente doser	Begyndende virkning	Maksimal virkning	Virkningsvarighed	Døgndækkende dosering
Morphin					
Parenteralt	10 mg	5-10 min	45-60 min	3-5 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
Methadon					
Parenteralt	10 mg	10-20 min	30-60 min	3 timer	10 mg x 7-8
Peroralt	20 mg	20-30 min	60-90 min	4 (8) * timer	20 mg x 3 *
Ketobemidon					
Parenteralt	7,5 mg	10-30 min	30-45 min	3-5 timer	7,5 mg x 8
Peroralt	15 mg	15-20 min	60-90 min	4 timer	15 mg x 6
Oxycodon					
Parenteralt	7,5 mg		5 - 8 min	6 - 8 timer	1-10 mg x 6
Peroralt	15 mg	30 min.	1 time	6 timer	5 mg x 6
Alfentanil	1 mg	0,5- 1 min	2 min	0,5 time	
Fentanyl	0,1 mg	3-10 min	10-15 min	< 0,5 time	
Sufentanil	0,01	1-2 min	12-15 min	0,5 time	
* Methadon virkningsvarighed ved kronisk behandling					