

SØVNPROTOKOLL TIL INTENSIVPASIENTEN

Side 1 av 3

Dokument ID:
II.SOK.AIO.SSK.2.a-35Gruppe:
IGodkjent dato:
05.12.2024Gyldig til:
05.12.2026Revisjon:
2.06

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Bakgrunn:

Intensivpasientene trenger mer søvn enn normalt, men får faktisk mindre søvn.

Støy, lys, ubehag, smerter, medisiner og stress, bidrar alle til pasientens manglende evne til å sove.

Mangel på kunnskap om søvnstadier, pleierutiner, og hyppige sykepleievurderinger og intervensjoner påvirker også den kritisk syke pasientens evne til å sove (Honkus, 2003)

Søvnmangel fører til forsinket tilheling, reduserer infeksjonsforsvaret, BT-stigning og økte arytmier. Det er også vist til klar sammenheng med delir. Og god søvn er en viktig behandling for intensivdelir. (Tembo og Parker, 2009, Patel, Chipman, Carlin & Shade, 2008)

Hensikt og mål:

Sørge for best mulig tilrettelegging av søvn til den kritisk syke pasienten.

SØVNINTERVENSJONER:

- **Lyset** bør være av eller minst mulig om natten. Men dette må selvsagt ikke gå utover sikkerheten til pasienten. Lyset påvirker melatonin-nivået og følelsen av døgnrytmen. Dette bør ivaretas.
- **Støyredusjon:**
Man må tenke igjennom alle ting man gjør, slik at det bli minst mulig støy om natten. Eks. unødige alarmer (bytte sprøyter i forkant av alarm, endre respiratorinnstillingen slik at alarmer unngås). Gardinene på salen bør være trukket for, også på fotenden. Men pasientene bør høyprioriteres til rom. Husk telefon på lydløs og vær forsiktig med stoler og traller som ofte lage mye lyd. Vil pas. ha nytte av ørepropper?
- Man bør **redusere prosedyrer** til et minimum av hva som er nødvendig på natten. Prøve å gi mest mulig av medisiner på dagtid. Tenk igjennom gunstige tidspunkt for snuing, for å unngå vekking av dyp søvn.
- Ikke vekk pas. med **BT-måling**, med mindre det er nødvendig. Mål BT evt. når du ser at pas. er våken.
- Vi må redusere **ansatt”snakk”** og andre lydkilder som dører, vaskemaskin og lignende. Vi må minne hverandre på dette.
- Sørge for at pas. har en god madrass og ligger i et behagelig leie.
- **Bruk pårørende** til å finne ut av hva pasienten liker om natten. Hvordan pleier han å ligge. Liker han **musikk** til innsovning? Hva slags musikk i så fall? Liker han å ha det varmt eller kaldt?
- **Optimal smertelindring er en forutsetning for god søvn.**

 SØRLANDET SYK	Søvnprotokoll til intensivpasienten				Side: 2 Av: 3
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-35	Utarbeidet av: Overlege Peter Bohge og Fagspl Frode Kleveland	Fagansvarlig: Overlege Peter Bohge	Godkjent dato: 05.12.2024	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 2.06

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

FARMAKOLOGISKE TILTAK:

ANXIOLYTIKA/HYPNOTIKA

1. Benzodiazepinreceptoragonist
 - a) **Ezopiclone** Imovane®, Zopiklon® (1/2t 3t) **3,75 – 5 – 7,5 mg tbl. vesp**
 - b) **Zolpidem** Stilnoct® (½t 0,8-3t) **5 – 10 mg tbl. Vesp**
2. Benzodiazepin (kort/medium halveringstid)
 - a) **Oxazepam** Alopam ®, Sobril® (1/2t 10-15t) **10 – 15 – 25 mg tbl. vesp**

1 og 2 kan kombineres evt. med hverandre eller med:

ANTIHISTAMIN

3. **Alimemazin** Vallergan® (1/2t 5t) (også i graviditeten)
10 – 30 mg tbl./12,5 – 25 mg mixt. vesp

ANDRE

4. **Melatonin** (1/2t 30-60 min), eller Circadin® dpt. 1/2t 3,5-4t (spes. Langliggere, lite data) **3 – 9 mg, resp. 2 mg dpt. tbl. vesp**
5. a) **Buspirone** Buspiron® (1/2t 2-11t) (mer anxiolytisk)
15 – 30 mg/d i 2-3 doser tbl.
- b) **Mirtazapin** Remeron® 1/2t 20-40t (mer antidepressiv)
15 – 45 mg/d tbl.

Ved psykose/delir som tilleggsårsak vurder (i tillegg til sovemedisin):

Antipsykotika med sedativ virkning

Doseres etter Felleskatalog®. Se også delir-protokoll.

1. **Haloperidol** Haldol® 1/2t 24t – **første valg ved pos. CAM-ICU**
(obs. kan gi lang QT tid) Oppstartsdose: 1 mg i.v., evt. per os.
Maxdose: 60 mg/dgn

Ved lang QT-tid og ved mer psykose-lignede tilstander, vurder:

2. Atypiske: **Olanzapine** Zyprexa® 1/2t 33t (minst ekstrapyramidal)
Oppstartsdose: 10 mg/dgn per os, evt. 10 mg **i.m./dgn**

Quetiapine Seroquel® 1/2t 7/12t

Risperidone Risperdal® 1/2t 3/24t) (mest ekstrapyramidal)
(obs. kan gi lang QT tid)

Ved terapirefraktæritet:

3. **Zuclopentixol** Cisordinol® 1/2t 20t

 SØRLANDET SYK	Søvnprotokoll til intensivpasienten				Side: 3 Av: 3
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-35	Utarbeidet av: Overlege Peter Bohge og Fagspl Frode Kleveland	Fagansvarlig: Overlege Peter Bohge	Godkjent dato: 05.12.2024	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 2.06

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

10 – 50 mg/dgn per os, evt 50 – 150 mg **i.m.**, som enkeltdose (Cisordinol-Acutard)

Antidepressiva

Hører som regel ikke til standardrepertoir på en intensivavdeling og har lang opptrappingstid.
Ved kjent sykdom eller sterkt mistanke om nylig kommet sykdom bør man medisinere i sammenråd med psykiater.

Analgetika (optimer analgesi)

Opiater
NSAIDs/Paracetamol
Regional
NRS/BPS

For intuberte pasienter:

1. valg: **Propofol** i.v. (<7 dager, uklar data ang. søvnkvalitet)
2. valg: **Midazolam** i.v.(obs. delir)
3. **Dexmedetomidine** i.v. (uklar data ang. prioritering)

Husk: dag-natt-RASS (jf. analgosedasjonsprotokoll)

Kryssreferanser

- [II.SOK.AIO.SSK.2.a-14](#) [Intensiv delirium: non-farmakologisk forebygging og behandling](#)
[II.SOK.AIO.SSK.2.a-15](#) [Intensiv delirium: farmakologisk behandling](#)
[II.SOK.AIO.SSK.2.a-19](#) [Analgosedasjon av voksne pasienter](#)
[II.SOK.AIO.SSK.2.a-27](#) [Dexdor \(dexmedetomidin\)](#)

Eksterne referanser

- Factors that impact on sleep in intensive care patients, Tembo og Parker, 2009
[Sleep in the intensive care unit setting](#). Patel, Chipman, Carlin& Shade, 2008
[Sleep deprivation in critical care units](#) Honkus, 2003
 Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med 2013 Jan; 41 (1) 263-306
 Leitlinien Analgesie und Sedierung in der Intensivmedizin. www.dgai.de
 Schlafstörungen bei kritisch kranken Patienten. Walder, Der Anästhesist, 2007; 56:7-17
 Sleep in the critically ill. Winehouse, Sleep, 2006; Vol. 29 No.5, 707-16
 Sleep disruption in critically ill patients – pharmacological considerations. Bourne, Anaesthesia, 2004; 59: 374-84
 Propofol: A dangerous kind of rest. Mitchum, Science Life 2009, july 31
 Effects of Propofol on sleep quality in mechanically ventilated critically ill patients: a physiological study. Kondili, Intensive Care Medicine, 2012; Vol. 38, Issue 10, 1640-46
 Stages and architecture of normal sleep, treatment of insomnia, the effects of medications on sleep quality and sleep architecture, physiology and clinical use of melatonin. UpToDate®