

		<b>PASIENTER OG BRUKERE</b>		<b>Prosedyre</b>
<b>SØVNPROTOKOLL TIL INTENSIVPASIENTEN</b>				Side 1 av 3
Dokument ID: <b>II.SOK.AIO.SSK.2.a-35</b>	Gruppe: <input type="checkbox"/>	Godkjent dato: <b>23.09.2022</b>	Gyldig til: <b>23.09.2024</b>	Revisjon: <b>2.05</b>

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.
- **Støyreduksjon:**  
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 sning, 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.
- Sørg 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 innsøvning? Hva slags musikk i så fall? Liker han å ha det varmt eller kaldt?
- Optimal smertelindring er en forutsetning for god søvn.

Utarbeidet av: <b>Overlege Peter Bohge og Fagspl Frode Kleveland</b>	Først utgitt: <b>18.03.2014</b>	Fagansvarlig: <b>Overlege Peter Bohge</b>	Godkjent av: <b>Avd.leder Grete K. Erdvik</b>	<input type="checkbox"/>
---	------------------------------------	--	--	--------------------------

		<b>Søvnprotokoll til intensivpatienten</b>			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: 23.09.2022	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 2.05

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

## FARMAKOLOGISKE TILTAK:

### ANXIOLYTIKA/HYPNOTIKA

1. Benzodiazepinreseptoragonist
  - a) **Ezopiclone** Imovane®, Zopiklon® (1/2t 3t) **3,75 – 5 – 7,5 mg tbl. vesp**
  - b) **Zolpidem** Stilnoct® (1/2t 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:

### ANTIHIISTAMIN

3. **Alimemazin** Vallergran® (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 terapiresistans:

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

		<b>Søvnprotokoll til intensivpatienten</b>			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: 23.09.2022	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 2.05

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 standardrepertoar på en intensivavdeling og har lang opptrappingstid. Ved kjent sykdom eller sterk mistanke om nyttilkommet 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](http://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®