

Sedering, smärtbehandling samt bedömning av delirium av vuxna patienter på IVA Ljungby

Gäller för: Anestesikliniken

Utförs på: Intensivvårdsavdelningen Ljungby

Faktaägare: Rebecka Augustsson, sjuksköterska, Frida Svensson, sjuksköterska, intensivvårdsavdelningen Ljungby

Innehåll

Sedering, smärtbehandling samt bedömning av delirium av vuxna patienter på IVA Ljungby	1
1 Syfte.....	2
2 Bakgrund	2
3 Ansvarsfördelning.....	2
4 Utförande och utvärdering.....	3
4.1 Skattningsskalor	3
4.2 Sederingskala	3
4.3 Daglig wake-up	3
4.4 Daglig SBT	3
5 Standardsedering och analgetisk behandling	4
6 Sömnregimer.....	5
7 Abstinens/ångest	5
8 Utsättning.....	6
9 Behandling av delirium.....	6
10 Omvårdnadsåtgärder för att förebygga delirium.....	6
10.1 Orientera	6
10.2 Aktivera	6
10.3 Omgivning.....	7
11 Mobilisering	7
12 Bedömningsskalor.....	8
12.1 Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).....	8
12.2 CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)	9
12.3 BPS (Behavioral Pain Scale).....	12
13 Bilaga.....	13

1 Syfte

Att ge varje patient individuellt anpassad smärtlindring och sedering utifrån diagnos, aktuellt behov och tillstånd. Detta för att motverka smärta, obehag och ångest samt undvika delirium och komplikationer till följd av intensivvården.

2 Bakgrund

Upplevelsen av obehag hos intensivvårdspatienten är vanlig relaterat till den speciella miljön på IVA, smärtsamma procedurer, mekanisk ventilation, monitorering samt andra behandlingar. Andra faktorer som påverkar såväl vakna som sederade patienter är ljudnivå i såväl samtal som ljud från slammer och dörrar vilket också kan upplevas negativt av patienten. Genom att regelbundet bedöma smärta och sederingsnivå hos patienten kan en individuell och situationsanpassad behandling upprätthållas. Ytlig sedering (RASS 0 - -1) bör enligt forskningen eftersträvas, om ingen medicinsk indikation kräver djupare sedering, då spontanandning minskar morbiditeten och mortaliteten. Det är även viktigt att minska risken för delirium genom tidig mobilisering, kognitiv stimulering, orientering till tid och situation samt främjande nattsömn.

Målet är en optimal sedering som innebär att patienten är lugn och samarbetsvillig med en bibehållen dygnsrytm och god nattsömn (RASS 0 - -1).

3 Ansvarsfördelning

- IVA-läkaren ordinerar dagligen individuell analgetika- och sederingsregim med tydligt sederingsmål, samt ordinerar eventuell behandling om patienten är CAM-ICU positiv. Vid eventuellt nyupptäckt IVA-delirium ska det registreras i PAS-IVA som komplikation. Läkaren ordinerar SBT (Spontaneous Breathing Trial, se avsnitt 4, underrubrik 4.4) och wake-up om detta är relevant.
- IVA-sjuksköterskan ansvarar för att patienten erhåller individuellt anpassade analgetika, att ordinerade sederingsmål uppnås samt att smärtskattning och delirium-screening utförs. IVA-sjuksköterskan startar daglig wake-up och SBT, om ej avsteg från detta ordinerats.
- IVA-undersköterskan ansvarar för basal omvårdnad, att bidra till en lugn vårdmiljö, främja snabb mobilisering, bistår med att utföra CAM-ICU, kontrollera BPS/NRS samt samverkar med IVA-sjuksköterskan vid daglig wake-up och SBT.

4 Utförande och utvärdering

Smärta, oro och ångest skall behandlas efter att eventuella bakomliggande fysiologiska orsaker blivit utredda.

4.1 Skattningsskalor

Följande skalor används på IVA Ljungby:

- **NRS:** Smärtbedömning hos vaken, osederad patient. Minst 2ggr/pass
- **RASS:** Sederingskala/ordinerat sederingsmål. Minst 2 ggr/pass
- **RLS:** Bedömning av medvetandegrad /osederad patient. Minst 2 ggr/pass
- **BPS:** Smärtbedömning hos sederad patient. Minst 2 ggr/pass
- **CAM-ICU:** Screeninginstrument för delirium. Vid avslutat pass och vb. Registreras i PAS-IVA.

4.2 Sederingskala

Ytlig sederingsgrad vilket är RASS 0- -1 eftersträvas om inga kontraindikationer föreligger. På alla patienter som har kontinuerlig tillförsel av sedering och/eller analgetika samt bedöms som RASS -3 --5 ska daglig wake-up utföras, såvida patientens tillstånd inte tillåter det. Det är visat i vissa studier att daglig wake-up förhindrar översedering vilket förkortar tiden i ventilator, samt totala vårdtiden på intensivvårdsavdelningen.

4.3 Daglig wake-up

Dagligen i samråd med IVA-läkaren ca kl. 8 eller så snart morgonbestyr börjar bli klara stängs all sedering och analgetika av (utom Remifentanil/Ultiva).

Läkemedlen minskas/stoppas tills patienten börjar vakna och reagera och kan följa instruktioner/uppmaning (RASS 0- -1). Om patienten tolererar att vara vaken behöver sedering ej återstartas, återstarta annars sederingen i halverad dos och titrera upp tills ordinerad RASS- och BPS/NRS nivå uppnåtts. Överväg inj. Propofol *tillfälligt* vid kraftig agitation/oro.

4.4 Daglig SBT

I samband med daglig wake-up initierar IVA-läkaren SBT* (Spontaneous Breathing Trial) om detta är relevant. IVA-läkaren tillkallas när patienten börjar vakna.

(*SBT: respiratorinställningar reduceras till CPAP/ASB 5-7 i support och PEEP 2-4).

5 Standardsedering och analgetisk behandling

Intuberade patienter: Propofol + Remifentanil/Ultiva.

Icke-intuberade patienter: Vid behov inf Dexdor.

- **Inf Propofol 20 mg/ml.** Initial dos: 0,5-1 mg/kg/t. Max dos: 4mg/kg/t, efter ordinerad RASS.
PRIS= *Propofol Infusion Syndrome*: en allvarlig biverkan som uttrycks genom progredierande laktacidosis, hyperkalemi, arytmier, rhabdomyolys, lipidemi och cirkulationskollaps.
*Dos > 4mg/kg/t ges **enbart** vid läkarordination, vb kontrolleras S-triglycerider.*
- **Inf Remifentanil/Ultiva 50 µg/ml.** Initial dos: 0,1 µg/kg/min. Ökas vid behov till 0,25 µg/kg/min. Vid procedursmärta kan 0,25-0,4 µg/kg/min användas. **Ge ej bolus.** Efter 3-5 dygns behandling överväg fentanylinfusion/-intermittent.
- **Inf Dexdor 8 µg/ml.** Initial dos: 0,7 µg/kg/t. Max dos: 1,4 µg/kg/t, efter ordinerad RASS.
Var observant på bradykardi vid högre doseringsintervall särskilt i kombination med Remifentanil/Ultiva. **OBS!** Kardiell ischemirisk. **Ge ej bolus.** Öka eller minska med 10 % i taget.
Hos patienter med tecken till IVA-delirium kan byte till Dexdor från Propofol övervägas. Skifta Propofol till Dexdor 1 dygn innan förväntad extubation.
- **Inf Midazolam/Dormicum 1 mg/ml.** Initial dos: 0,03mg/kg/tim. Max dos: 0,15 mg/kg/tim, efter ordinerad RASS. Vb ges bolus 1-2 ml vid oro. Gravt hemodynamiskt instabila patienter tål ibland inte Propofol och då kan Midazolam initialt vara indicerat trots ökad risk för delirium.
- **Inf Fentanyl 50 µg/ml.** Initial dos: 1,2 µg/kg/t. Vanligen 1-2 µg/kg/t. Efter läkarordination upp till 8 µg/kg/t., styrs efter BPS bedömning. Högre dos kan ges efter läkarordination. Vid behov bolus 0,5-1 µg/kg/t 10 min före smärtsam procedur t.ex. mobilisering. Kontinuerlig infusion används vid förväntad lång vårdtid. Lång halveringstid därav viktigt med dagligt ställningstagande till dosreducering och dagligt wake-up.
- **T. Catapresan/Clonidin 75 µg.** Initial dos: 25-150 µg x 4 p. sond kan bli aktuellt. I samband med nedtrappning av sedering och analgesi eller vid behov av höga doser Propofol. Maxdos: 800 µg/dygn. *Catapresan i hög dos*

skall trappas ner över minst 4 dygn. Alternativ Inf Catapresan 15 µg/ml.
Initial dos: 0,3 µg/kg/t. Max dos: 1,2 µg/kg/t.

- **Inf. Esketamin** kan övervägas vid postoperativ smärta för att reducera opioidbehov.
- **K. Gabapentin** kan övervägas vid samtidig neurogen smärta.
- **Inj. Rapifen (Alfentanil)** 0,5–1 mg kan användas som alternativ vid procedurrelaterad smärta.

6 Sömnregimer

God nattsömn är grundläggande i förebyggandet av IVA-delirium och patientens tillfrisknande. Icke farmakologiska strategier som mobilisering dagtid, adekvat ljus- och ljudmiljö (soymask, öronproppar) samt minimalt med störmoment så som läkemedel, vändningar mm nattetid optimerar förutsättningarna för god nattsömn.

- **T. Circadin** 2–4 mg (kan krossas och ges i sond).
- **T. Mirtazapin** 15 mg x 1 t.n. i 3 dygn ev i kombination med benzodiazepin kan prövas till ”långliggande” patienter med samtidig oro. Om ingen effekt uppnås höjs dosen till 30 mg x 1. Sätt ut om det inte fungerar efter 5–6 dagar. *Det är framförallt den lugnande antibistaminerga effekten som eftersträvas.*
- **T. Zopiklon** 5–7,5 mg t.n. (ej vid delirium, eller stor risk för delirium)
- **Inf. Dexdor (eller inj. Catapresan)** kan övervägas nattetid. Starta Dexdor på 0,7–1,0 µg/kg/t. När lämplig dos prövats ut startas behandlingen med det till natten och stängs av tidigt på morgonen, ca kl. 07.00 av nattsjuksköterskan.
- **Inf. Propofol** rekommenderas ej.

7 Abstinens/ångest

- **T./inj. Catapresan 75 µg.** Överväg tidig insättning hos patient med känt missbruk och risk för utvecklandet av abstinens.
- **T./inj. Catapresan 75 µg** + ev. **opioid** per os i avtrappande dos: Abstinensbehandling efter långvarig opioid under IVA vård.
- **T./inj. Catapresan 75 µg** samt **lämplig Benzodiazepin** per os som abstinensbehandling efter långvarig midazolambehandling.

Maxdos Catapresan 600-800 µg/dygn.

8 Utsättning

- **Inf. Remifentanil/Ultiva 50 µg/ml** trappas ut stegvis med 25 % var 10 minut och möts upp med annan långverkande opioid t.ex. inj. Morfin 1 mg/ml 20 min innan infusionen stängs av. Inf. Remifentanil/Ultiva ska pågå tills patienten är extuberad. Trachade patienter i urträningssfas eller nyextuberade patienter kan inj. Morfin 1 mg/ml eller K. Oxynorm 5 mg ges. (Försiktighet med morfin vid njursvikt).
- **Inf. Dexdor 8 µg/ml** trappas ut och har en halveringstid på 2 timmar.

Målsättningen med uttrappning och utsättningen är att så snart som möjligt övergå till medicinering per os/sond.

9 Behandling av delirium

- Viktigast är att delirium förebyggs genom olika preventiva åtgärder (se folder)
- **Inj. Haldol** 2,5–10 mg i.v. kan övervägas vid hyperaktivt delirium
- **Inf. Dexdor** kan övervägas.
- **Inf. Propofol** kan användas som i nödfall.
- **T. Olanzapin** 2,5-10 mg t.n. (kraftigt sederande).

10 Omvårdnadsåtgärder för att förebygga delirium

En patient med delirium kan uppleva saker annorlunda, hallucinera och hamna i ett förvirringstillstånd. Utifrån detta säger forskning att det är viktigt att förankra patienten till verkligheten vilket kan utföras enligt följande.

10.1 Orientera

Se till att patienten orienteras till tid, rum, situation och person med hjälp av kalender, dagordning/schema, klocka etc. Informera om vad som händer i vårdmiljön för att göra patienten trygg och delaktig.

Förse patienten med sina egna glasögon och hörapparat tidigt för att korrigera sinnesintryck. Erbjud tolkningsmöjligheter samt använd appar i iPad som kommunikationsredskap vid behov.

10.2 Aktivera

Aktivera och stimulera patienten i lagom nivå så att patienten inte överstimuleras. Sätt upp foto på viktiga personer, djur mm till patienten. Tillhandahåll musik, tv, radio i begränsad mängd, observera att inte överstimulera samt värna om nattsömn.

Viktigt med tidig mobilisering enligt lathund för att undvika och snabbare återhämta sig från delirium. Aktuellt med taktil beröring?

10.3 Omgivning

Samla omvårdnadsåtgärder till så få tillfällen som möjligt. Se över larmgränser och ljudnivåer. Värna om ostörd tid för återhämtning på dagen. Viktigt att tillhandahålla öronproppar, sovmask/mörkläggnings samt se över sömnregim för god nattsömn. Tänk på att kommunicera tyst i eller i anslutning till vådrummet.

11 Mobilisering

Det finns flera kontraindikationer för tidig mobilisering som t.ex. cirkulationspåverkan, syresättningsproblem, ökat intrakraniellt tryck, pågående blödning, hjärnblödning med stor observation av blödning med förskjutning av medellinje i hjärna, agitation, uttalad oro och ofri luftväg.

Mobilisering/förflyttning bör påbörjas så snart det medicinska tillståndet tillåter. Mobilisering hindras ej av pågående invasiv respirator eller dialysbehandling. Tidig mobilisering beskrivs i litteraturen som mobilisering inom 24-48-72 h oavsett påbörjad respiratorbehandling. Mobilisering kan delas in till att vara antingen aktiv eller passiv. Skillnaden mellan de båda är att aktiv mobilisering ställer krav på att patienten själv i någon form kan medverka och hjälpa till vid de olika momenten, där patienten mobiliseras upp på sängkant, eller ur säng (nivå 2-4 på fickkort) medans passiv mobilisering inte ställer några sådan krav.

Tidigt insatt aktiv rehabilitering med systematisk ökning av mobiliseringsgraden och träning av ADL-funktioner, har i studier påvisats ha många positiva effekter på flera patientfunktioner under och efter intensivvård. Aktiv rehabilitering är möjligt i kombination med ytlig sedering, med dagliga avbrott och tidig aktiv mobilisering tillsammans med ADL träning.

Flertal studier bekräftar att tidig mobilisering av intensivvårdspatienter kan förebygga både tidiga och sena komplikationer. Det har även visat sig minska respirortider, minska risk för att utveckla delirium, minska doser av sederande läkemedel, förbättra muskelstyrkan, påvisar mindre risk för lung- och kärlkomplikationer samt att patienten blir mer självständig.

För att uppnå ovanstående utförs tidig mobilisering utifrån följande:

- Dagligt mobiliseringsmål i samråd med IVA-läkare, IVA-ssk, IVA-usk och ansvarig IVA-sjukgymnast/fysioterapeut. Detta diskuteras vid rond och ordineras av IVA-läkare på ordinationslistan under vårdplanering/mobiliseringsmål.
- Progressivt mobiliseringsprotokoll används, där det finns olika mobiliseringsnivåer med ställningstagande – se fickkort (bilaga).
- Fickkort: Steg 1 (nivå 0: ingen aktivitet, ställningstagande och beslut om kontrakturprofylax (passivt rörlighetsuttag). Steg 2 (nivå 1-4). Där nivå 1

är passiv träning och passiv förflyttning till Sara Combilizer. Nivå 2–4 ingår i **aktiv** mobilisering.

- Vid svåra patientfall och osäkerhet till vilken nivå patienterna kan mobiliseras (sängträning/träning utanför sängen) finns ytterligare kriterier ”Kriterier för säker mobilisering av IVA-patienter” i form av trafikljusfärger. Det infattar kriterier inom respiratoriska, kardiovaskulära, neurologiska och andra tillstånd. Dessa kriterier finns i patientpärmarna på IVA och kan användas som hjälpmedel vid ronder.
- Om det sker påtaglig påverkan av vitalparametrar i samband med mobilisering, pausa mobiliseringen och kontakta IVA-läkaren.

12 Bedömningsskalor

Att regelbundet bedöma intensivvårdspatientens sederingsgrad är viktigt för att förhindra under- respektive översedering. Rutinen är att minst 2 ggr/pass och vid åtgärd bedöma patientens sederingsgrad.

12.1 Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

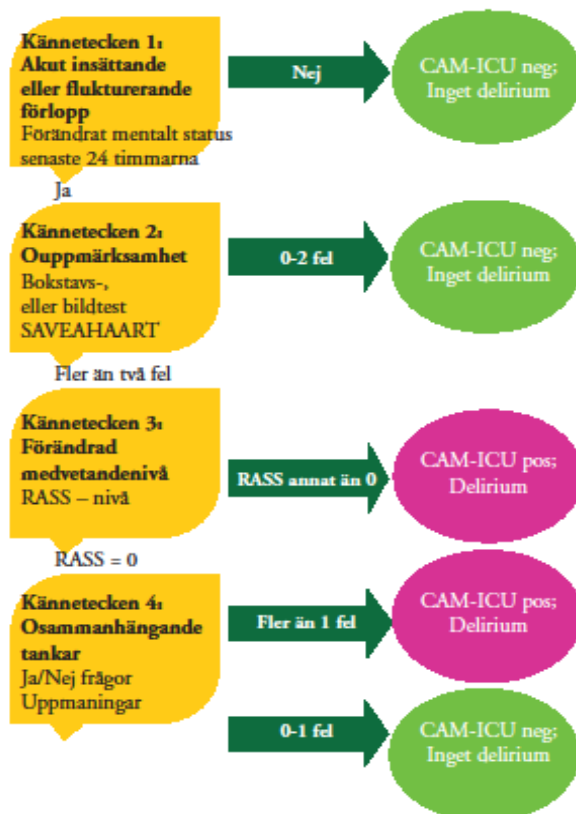
RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)		
Nivå	Beteckning	Beskrivning
+4	Stridslysten	Uppenbart stridslysten eller våldsamt; direkt fara för personal.
+3	Mycket agiterad	Drar i eller drar ut tuben/er eller kateter/rar eller har ett aggressivt beteende mot personal.
+2	Agiterad	Frekventa oavsiktliga rörelser eller dålig följsamhet med ventilator.
+1	Rastlös	Ängslig eller orolig men ej aggressiva eller kraftfulla rörelser.
0	Alert och lugn	
-1	Slö	Ej helt alert men upprätthåller (mer än 10 sekunder) vakenhet med ögonkontakt vid tilltal.
-2	Lätt sederad	Kortvarig (mindre än 10 sekunder) vakenhet med ögonkontakt vid tilltal.
-3	Måttligt sederad	Någon form av rörelse (men ingen ögonkontakt) vid tilltal.
-4	Djupt sederad	Ingen respons vid tilltal men någon form av rörelse vid fysisk stimulering.
-5	Ej väckbar	Ingen respons vid tilltal eller fysisk stimulering.

Procedur:

1. Observera patienten. Är patienten alert och lugn (0 poäng)?
Uppvisar patienten ett beteende som är överensstämmande med rastlöshet eller agitation (poäng +1 till +4 genom användning av ovanstående kriterier under Beskrivning).

2. Om patienten inte är alert uttala med hög röst patientens namn och uppmana patienten att öppna ögonen och titta på talaren. Upprepa en gång om nödvändigt. Försök förmå patienten att fortsätta titta på talaren.
Patienten öppnar ögonen och har ögonkontakt, som upprätthålls mer än 10 sekunder (poäng -1).
Patienten öppnar ögonen och har ögonkontakt, men som ej upprätthålls under 10 sekunder (poäng -2).
Patienten gör någon form av rörelse som respons vid tilltal, men ingen ögonkontakt (poäng -3).
3. Om patienten inte ger respons på tilltal, stimulera patienten fysiskt genom att skaka axlarna och gnugga sedan bröstbenet om respons uteblir vid skakning av axlar.
Patienten har någon form av rörelse vid fysisk stimulering (poäng -4).
Patienten ger ingen respons vid tilltal eller fysisk stimulering (poäng -5).

12.2 CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)



CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)

(Bedömning kan inte göras vid RASS -4 och -5)

1: Finns akut påkommen förändring eller fluktuation i mentala tillståndet?

Positiv om ”JA” på antingen 1A eller 1B ->-> gå vidare till punkt 2
Om ”NEJ” avsluta testet ->-> inget delirium föreligger

1 A: Finns tecken på akut förändring i mentalt status jämfört med patientens normala status?

eller

1 B: Finns tecken på mental förändring senaste 24 timmarna påvisat med sederingskala (RASS)?

2: Finns ouppmärksamhet?

Positiv om patienten får ett resultat på 2 A eller 2 B mindre än 8 (3 fel eller mer)
->-> gå vidare till punkt 3

Använd först ”the Attention Screening Examination” (ASE) bokstavstest.

Om test inte går att utföra eller om oklart, genomför ASE bildtest (se bilaga).

2 A: ASE bokstavstest

Instruktioner: Säg till patienten: ”Jag kommer nu att säga 10 bokstäver i följd, varje gång du hör bokstaven A ska du krama min hand”.

Läs följande lista av bokstäver: ca 1 bokstav per sekund,

S A V E A H A A R T

Poängsättning: När patienten *inte* kramar handen vid bokstaven A och när patienten kramar handen vid andra bokstäver än A, räknas detta som fel.

2 B: ASE bildtest

Se bilaga

3: Finns förändrad nivå av medvetande?

Positiv om den aktuella RASS poängen är något annat än 0 ->-> testet kan avslutas

- Patienten har delirium

Negativ om RASS är 0 ->-> gå vidare till punkt 4

4: Finns oorganiserat tänkande?

Positiv om det kombinerade resultatet av 4 A och 4 B är mindre än 4.

4 A: JA/NEJ frågor (1 poäng för varje korrekt svar)
(Alternera mellan frågeserie 1 och 2)

Frågeserie 1

1. Kan en sten flyta i vatten?
2. Finns det fiskar i havet?
3. Väger 1 kg mer än 2 kg?
4. Använder man hammare för att slå ner en spik?

Frågeserie 2

1. Kan ett löv flyta i vatten?
2. Finns det elefanter i havet?
3. Väger 2 kg mer än 1 kg?
4. Använder man hammare för att hugga ved?

4 B: Uppmaningar (1 poäng om patienten klarar att genomföra hela uppmaningen)

Instruktioner: Säg till patienten: ”Håll upp lika många fingrar som jag gör”
(Undersökaren håller upp 2 fingrar framför patienten)

”Gör nu samma sak med andra handen ” (Utan att hålla upp 2 fingrar framför patienten).

Om patienten inte kan röra bägge armarna be istället patienten ” Håll upp 1 finger till”.

Om patienten inte kan röra någon arm be istället att patienten blinkar 2 och 4 gånger.

Akut förvirringstillstånd, IVA-delirium enligt CAM-ICU är konstaterat om 1 och 2 är positiv tillsammans med antingen (eller båda) 3 eller 4

12.3 BPS (Behavioral Pain Scale)

BPS används när patienten inte själv kan genomföra en smärtbedömning enligt NRS. Bedömning kan både ske i vila alternativt vid smärtsam procedur. Instrumentet ska ses som ett komplement till den kliniska helhetsbedömningen. Välj poäng efter beskrivna beteenden inom varje område, vid osäkerhet välj det högre värdet. Gör en samlad bedömning av patienten och vilka tecken på smärta eller obehag som finns.

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS) – SVENSKA

Område	Beskrivning	Poäng
Ansiktsuttryck	Avslappnat	1
	Delvis spänt (rynkad panna)	2
	Spänt (kniper ihop ögonen)	3
	Grimaserar	4
Armar	Helt stilla (avslappnade)	1
	Delvis böjda	2
	Helt böjda med böjda fingrar	3
	Permanent indragna mot kroppen (skyddande)	4
Intuberad: Andningsmönster	För patienten lugn/normal andning	1
Ansträngd andning* som återgår till ursprungsläge	2	
Ansträngd andning* som kvarstår	3	
Mycket ansträngd andning* som inverkar på ventilationen av patienten i respiratorn	4	
Inte intuberad: Röstuttryck/ Vokalisering	Inga ljud/ord som uttrycker smärta	1
Jämrande, dock varken frekvent (<3ggr/min) eller långvarigt (<3sek)	2	
Jämrande, frekvent (>3 ggr/min) eller långvarigt (>3sek)	3	
Skrik eller klagan såsom; "Aj, Oj" eller håller andan	4	
Total poäng (3-12)		
<small>*Ansträngd andning definieras som debut eller progress av; hög andningsfrekvens, varierande andningsmönster med växlande hög och låg andningsfrekvens, inslag av andningspauser, yttlig andning.</small>		

Procedur:

Observera patienten 1-2 min i vila eller under omvårdnadsåtgärd, välj den beskrivning som passar bäst inom varje område.

Välj sista området efter om patienten är intuberad eller inte. Summera de tre områdena till en totalpoäng (3-12). Gräns för analgetikabehov brukar rekommenderas när BPS är över 5.

13 Bilaga

PROGRESSIVT MOBILISERINGS PROTOKOLL

STEG 1 (Nivå 0: Ingen aktivitet)

KRITERIER

Mortalitetsrisk: ingen förväntad mortalitet inom 24h.

Oxxygen – tillräcklig syresättning
 FiO2 ≤ 0.6
 PEEP <10 cm H2O

Vaskulär stabilitet
 -Inga tecken till aktiv myokardischemi/arytmi eller ny medicin för arytm i inom 24h.
 -Stabil cirkulatoriskt med behandling (vasopressor)

Engages to voice: Patient reagerar på tilltal

Stabilisering: stabil nacke/rygg.



Alla kriterier är uppfyllda
 Gå vidare till Mobilisering Steg 2

STEG 2

NÄR FÖLJANDE KRITERIER ÄR UPPFYLLDA, GÅ VIDARE TILL NÄSTA NIVÅ

	Nivå 1 Passiv träning Sara Combilizer	Nivå 2 Sittande	Nivå 3 Stående	Nivå 4 Förflyttningsträning
Dagliga mobiliseringsmål	a) Följer enkla uppmaningar b) Har viljemässiga rörelser c) Inga restriktioner, från neuro, ort, kir OBS! Beakta Infarter/Utfarter	a) Klarar att sträcka båda benen i sittande b) Sitter utan stöd c) Inga belastnings-		

Giltig fr.o.m: 2020-02-28
Giltig t.o.m: 2023-10-28 00:00:00
Identifierare: 78059

Sedering, smärtbehandling samt bedömning av delirium av vuxna patienter på IVA Ljungby



		restriktioner	a) Klarar två uppresningar med minimalt stöd b) Går på stället med minimalt stöd	
--	--	---------------	---	--