

THIVA-nätverksmöte i Umeå 6-7 maj 2010

Närvarande: Lars Algotsson, Lund; Johan Sellgren, Göteborg; Sten Walther, Linköping; PO Joachimsson, Uppsala; Doris Kesek och Björn Hannerz, Umeå. Stockholm har skickat svar, men ej deltagit.

Rekapitulation från senaste mötet: Dosering sprutpumpar

Kort diskussion/redogörelse avseende dosordination och dokumentation av kontinuerliga infusioner med sprutpumpar. Genomgående dosering/kg och tid med utgångspunkt från vikt vid inskrivning. Noteras bör att detta avviker från det i andra sammanhang rekommenderade sättet att dosera i volym, med koncentration angiven. doseringsförfarandet SoS rek proaktiv.

THIVA-behandling

1. Nutrition

När börjar ni fullnutrition på långliggare?

De flesta börjar postop dag 1-2 med enteral nutrition alt när man anar långliggare (det är väl nästan samma sak). Divergerande uppfattning om parenteral komplettering till fullt behov och när man lägger till parenteral nutrition.

Hur beräknar ni energibehovet?

Umeå: 20-25 kcal/kg ("ideal kroppsvikt"=längd i cm – 100)

Alla ger kring 25 kcal/kg, någon anger ett 15-35 kcal/kg, ingen verkar ha någon metabol monitor av typ Deltatrac.

Kommentar: det kan vara svårt att uppskatta energibehovet på våra patienter ffa vid samtidig CVVH, sepsis, mkt stora och mkt små patienter.

Rutiner för tillförsel?

Umeå: Enteral: Långsam uppstart 10 ml/h, ökas med 10 ml varje dygn tills fulldos uppnåts. Om pat ej skött magen dag 4 intensifieras tarmbeh och vi stannar på 40 ml/h. Komplettering parenteralt. Bifogar ordinationsrutiner.

Göteborg: Välling: Start postop dag 1 10 ml/h, öka (om retention mindre än 200 ml) med 10 ml/h varje dag till beräknat totalbehov. Dessutom ges med 5 droppar BioGaia (probiotika – Lactobacillus reuterii) samt 50-100 ml katrinplomondryck dagligen.

Parenteralt: Postop dag 1+2: Glukos 10% 2000 ml/d. Postop dag 2-3 start Struktokabiven, dag 3 upp till totalbehov. Fasas ut när totalbehov nåts med välling.

Välling fasas sedan ut när patienten kan nutriera sig med energidryck och vanlig mat.

Övriga har angivit enteral nutrition så tidigt som möjligt, Stockholm använder Dipeptiven.

Rutiner för att motverka förstoppning och paralytisk ileus?

Umeå: Schema bifogas.

Alla använder katrinplommon, Laktulos, Movicol i olika kombinationer.

Som motorikstimulerande används metoklopramid, Laxoberal. De flesta verkar använda erytrommycin i invetererade fall, ibl naloxone, Relistor har provats.

Provtagning?

Blodstatus, krea, CRP dagl, kompletta TIVA-prover med lever-, njurfunktion, joner, alb, S-osm etc minst 1 gg/vecka. Sannolikt skiljer sig inte provtagningen i ngt väsentligt avseende mellan enheterna.

Lund: retentionsmätning 6 ggr/d, vätskebalans 3 ggr/d.

Göteborg: vätskebalans 1 gg/d, vikt vartannat dygn eller varje dygn om IVA-säng.

Dokumentation? *Separat vätskebalansprogram.*

Dietistmedverkan? *Inte alls eller mkt sällan*

2. Smärtlindring/sedering/sömn

Vilka preparat använder ni till långliggare?

Umeå: Paracetamol. Fentanyl + Dormicum och ev Propofol.

Lund: Propofol/Catapressan/ketogan alt Remifentanil. I vissa fall Precedex.

Stockholm: Propofol/midazolam.

Uppsala: Initialt propofol – morfin/ketogan och paracetamol + ofta klonidin

Om länge och stora doser byte till midazolam – morfin/ketogan, paracetamol och klonidin eller propofol låg dos och remifentanil

Linköping: Kontinuerligt Propofol+morfin, ibland midazolam. Sporadiskt Ultiva, Dex

Rutinpatienter?

Umeå: Paracetamol och Oxycontin.

Lund: Propofol/Ketogan

Stockholm: morfin

Linköping: Enstaka bolus Propofol+kontinuerligt morfin.

Första dosen Perfalgan, sedan per os!

Göteborg (utförligt svar):

Smärtlindring Långliggare:

T Paracetamol, Morfin iv kontin alt PCA, ibland fentanyl, sällan remifentanil

Smärtlindring Rutinpatienter:

T Paracetamol, Morfin iv kontin op dag, PCA postop dag 1, T Tramadol fr postop dag 1

Sedering Långliggare och rutinpatienter:

Inf Propofol

Sömn Långliggare:

T Zopiklon (Imovane) 5-10 mg, alt T Zolpidem (Stilnoct) 5-10 mg

Ev tillägg av T Propavan 25-50 mg

Ev tillägg av T Mirtazapin (Remeron) 30 mg om samtidig depressivitet

Ev tillägg av T Levomepromazin (Nozinan) 5-15 mg

Under första tiden ofta enbart Propofol eller som tillägg

3. Mobilisering

Hur snabbt?

Genomgående svar: Så snabbt som möjligt, om det går sitta på sängkant samma dag.

Hur mycket?

Varierande. 1 gg/pass även utan sjukgymnast.

Program för långliggare?

Lund: inget nedskrivet men kontrakturprofylax, andningsgymnastik mm dagl

Göteborg: Kontrakturprofylax. Tidig mobilisering. Sitta i säng och fåtölj. Combimobil

Combilizer. Respiratorutträning. Mat. TV. Anhöriga.

TIVA har en sjukgymnasttjänst. I praktiken är det två sjukgymnaster som vi delar med andra enheter. TIVA-personalen är själva mycket aktiva med mobilisering.

Uppsala: Sederade eller annars sängbundna: Sjukgymnast med individuellt program, tippbräda/"tubastol"

1/2 sjukgymnasttjänst knuten till TIVA/TIMA, tyvärr inte anställd av kliniken. Viss sjukgymnastservice även helger efter ordinarie sjukgymnasts föreskrift

Hur mycket sjukgymnastresurser? 1-2 sjukgymnastresurser/d.

4. Förvirring

Förekomst? *Tämligen vanligt. Enl score 2-3%, sannolikt underrapporterat. Vet inte, vi mäter inte idag, men kommer att börja. Konfusion 3% (konstant sedan 2002). (5 % 2000-2001). Begreppet konfusion dock ej klart definierat. Alltför vanligt. Konfusion som 'neurologisk komplikation': 3-7%*

Preop screening? *Ingen preop screening.*

Screeninginstrument; i så fall vilket?

Umeå: Ssk-projekt Nu-desc pågår.

Uppsala: RASS + CAM-ICU

Om det faller ut, påverkar detta handläggningen av pat?

Uppsala: Haldol och försök att skapa lugn och ro runt den patienten

Hur förebygger/behandlar/följs förvirrade pat upp?

Umeå: Farmakologiskt m Haldol/Zeldox. Försöker skapa lugn runt patienten.

Lund: Catapressan/ Haldol/Precedex. Uppföljande samtal med ssk.

Göteborg: Förebygger med att bibehålla dygnsrytm (sömnmed/sedering till natten). Dagtid ytlig sedering med daglig väckning eller helt vaken (tracheostomerade pat). Mobilisering.

Behandling med Haldol, alt Propofol. Ev Catapresan eller Precedex. CAVE bensodiazepiner.

Uppsala: Uppföljning av långliggare (>4 dagar) via nystartad postIVA-mottagning med telefonkontakter och om möjligt återbesök. Mål att följa SIR:s PostIVA-schema, men det är svårt. Nästan alla har vid den uppföljningen otroliga överklighetsupplevelser från TIVA-tiden.

Linköping: Förebygger: ingen rutinmässig strategi. Behandlar: Haloperidol oftast 0,5 -2 mg.

Följs upp: nej. Studie med Dex (DexinDelir) på gång tillsammans med KS, Solna och Lund

NuDesc

Ssk Helena Linge och Nina Smulter berättar kort om NuDesc (Nursing delirium screening scale). Fil bifogas

S(T)IR Svenskt (Thorax)intensivvårdsregister

Datainsamling med gemensamt dataset och gemensamma definitioner diskuterades. Bl a med utgångspunkt från en önskan om att harmonisera data med Svenska Hjärtkirurgiregistret.

Riskjustering med SAPS3 och IVA Higgins diskuterades. Inga beslut togs. Dock bestämdes att detta blir temat för nästa möte.

Nästa möte torsd 28 - fred 29/10 (v 43) i Linköping.

Tema: Fortsatt utveckling av gemensamma data och gemensamma definitioner (patientgrupper, riskjustering, komplikationer – oönskade händelser mm).

Behov av revision av datainsamling samt dokument inkl komplikationer

Vid tangenterna: Doris Kesek/Sten Walther

Bilagor: NuDesc, PM x 2 från TIVA-NUS