

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-13

Giltig till: 2027-11-12

Omvårdnad - Ögonvård inom intensivvården

Revideringar i denna version

240920 Ny titel, textrevidering, bild som förtydligar hur ögat ska tejpas, ny referenslitteratur

Syfte

Att beskriva evidensbaserad omvårdnad av patientens ögon under intensivvårdstiden.

Bakgrund, risker med intensivvård

Intensivvård innebär ett flertal risker för skador på patientens ögon, störst risk löper de patienter som är medvetslösa, som ventilatorbehandlas, har otillräckligt slutna ögon eller luftvägsinfektion med mycket slem.

- Ventilatorbehandling leder till ökat ventryck och risk för svullnad i ögats vävnader. Även tejp som används för fixera endotrakealtuben kan bidra med ödem i ansiktet.
- En skaloperation kan ge svullnad i öga och ögonlock.
- Patienten kan ha svårt att sluta ögonlocken med påföljd att ögats slemhinna blir torr, röd och irriterad.
- Sedering och eventuellt bruk av muskelrelaxantia leder till att blinkreflexen försvagas eller försvinner och ögat spolats då inte längre rent från smuts och bakterier.
- Minskad tårproduktion kan uppstå både som biverkan av vissa läkemedel såsom atropin och antihistaminer och av dehydrering.

- Intensivvården bidrar till ökad risk för infektioner i ögonen, både från vårdarnas händer och genom tex spridning av bakterier från patientens luftvägar.

Skador på hornhinnan hos patienten uppstår oftast redan inom 2-7 dygn på IVA! Det mest effektiva sättet att skydda mot både infektion och skador från uttorkning har visat sig vara användandet av plastfilm eller kåpa, tillsammans med rengöring och tårsubstitut dagligen. Vid tecken på keratit (hornhinneinflammation; blårod rodnad runt hornhinnan, grumling av hornhinnan, smärta, ljusskygghet, ökat tårflöde) bör akut ögonkonsultation ske, då bakteriell keratit är permanent synhotande.

Arbetsbeskrivning

Ögonvård

Grundläggande i ögonvård är att ögonen ska hållas fuktiga och rena. **I samband med ögonvård är det därför extra viktigt att ha rena och spritade händer.**

Vid ankomst till IVA, **kontrollera om patienten har linser.** Om patienten har linser, be denne avlägsna dem alternativt hjälp patienten att ta ut linserna.

Vid förväntad ventilatorbehandling mer än 12 timmar eller om patienten har nedsatt blinkreflex:

- Bedöm om ögonlocken är slutna. Detta görs kontinuerligt under arbetspasset med hjälp av en ficklampa, eftersom små öppningar annars kan döljas av ögonfransarna. Målsättningen är att ögonlocken skall vara helt slutna. Vid problem dokumentera status, förändringar och åtgärder under sökord: hud varje arbetspass.
- Tvätta och torka alltid ögat in mot näsan. Ögats tårvätska töms inne i näsvinkeln. Där kan små saltkristaller bildas.
- Undvik att dra sugkateter eller bronkoskopet över ansiktet på patienten - risk för kontaminering! Lägg kompresser över ögonen för att skydda mot stänk vid munvård, bronkoskopi etc. Vid eventuella stänk – skölj med sterilt vatten/NaCl och administrera tårvätskesubstitut enligt nedan
- Iaktta alltid god handhygien vid kontakt med patientens ögon!

Om patienten har ögonlocken slutna

- Tvätta ögonen i samband med annan omvårdnad, morgon och kväll samt vid behov.

- Tvätta huden kring ögat med sterilt vatten/NaCl och rena kompresser. En ren kompress för varje öga. Skölj rent inne i ögat vid behov med sterilt vatten/NaCl.
- Ge tårsubstitut, en droppe i vardera ögat 4-6 ggr dagligen. En endosbehållare räcker till båda ögonen och kasseras efter administrering.
- Fördela dropparna i ögat genom att hjälpa patienten att blinka.

Om ögonlocken inte är slutna

- Tvätta ögonen i samband med annan omvårdnad, morgon och kväll samt vid behov.
- Tvätta runt ögonen med sterilt vatten och rena kompresser. En ren kompress för varje öga. Skölj rent inne i ögat vid behov med sterilt vatten/NaCl.
- Lägg en droppe tårsubstitut, 4-6 ggr dagligen. Vid svårighet att sluta ögat används med fördel, ögonsalvan Oculentum simplex, ca 1 cm salva/öga. Fördela salvan över ögat genom att hjälpa patienten att blinka. Slut därefter ögat. Ofta räcker detta men om ögonlocket inte kan slutas skall ögonlocket i första hand täckas med plastfilm eller ögonkåpa; och annars tejpas med hudvänlig kirurgtejp. Tejpen sätts horisontellt över ögonlocket, undvik fransraden, se bild 1. Tejp sluter sällan ögat helt och kan orsaka hudirritation som leder till ökad svullnad, ska därför enbart användas som tillfällig lösning.
- Informera patient om att dimsyn kan uppstå temporärt och kan medföra påverkan av synskärpan. Informera anhöriga om anledningen i de fall ögat behöver plastas/tejpas/täckas.



Bild 1, tejping av ögat

Administration av ögondroppar och ögonsalva

- Var noggrann med handhygien!
- Om möjligt, håll patientens huvud lätt bakåtlutat och dra sedan försiktigt ner det undre ögonlocket.

- Droppa en droppe av det ordinerade läkemedlet på ett sådant sätt att tubens eller flaskans spets inte vidrör ögat. Om detta ändå skulle inträffa får läkemedlet inte användas igen.
- Vid applicering av salva lägg en cirka 1 cm lång salvsträng i ögat.
- Ögondropparna ska vara rumstempererade när de ges. En kall droppe känns tydligt när den träffar ögat.
- Se till att patientens ögon är slutna.
- Om olika sorters ögondroppar ska ges ska det gå minst fem minuter mellan indroppningarna. Annars finns det risk för att den avsedda effekten inte uppnås. Om både droppar och salva ska ges i samma öga ska salvan ges sist.

Ögonkåpa vid svårigheter att sluta ögat

Om patienten inte kan sluta ögat finns det risk för att ögat kan torka ut och därmed skadas. Detta kan förhindras genom att använda ögonkåpa som förband framför ögat. Det finns olika kåpor för höger och vänster öga. Förbandet höjer luftfuktigheten framför ögat, så uttorkning förhindras. När förbandet placeras riktigt ska det därför bildas imma på insidan av kåpan.

Ögonkåpan tillpassas och fästes enligt följande:

1. Lägg kåpan med kupningen framåt med överkanten mot ögonbrynet och näsfliken mot näsan. Tryck mycket lätt med ett finger mitt på kåpan så att den hålls på plats och justera på läget så att den passar bekvämt mot näsan. Kontrollera att den ligger tätt intill huden runt om.
2. Om kåpan inte passar exakt, så kan den formklippas med vanlig sax. Oftast är det partiet mot näsryggen eller mot kinden som kan behöva justeras. Det är lätt att klippa bort för mycket, så klipp inte bort mer än en millimeterbred remsa åt gången.
3. När rätt form erhållits ska ögonkåpan fästas mot huden med en hudvänlig häfta. Börja med att lägg en 2–3 cm lång bit häfta över näsfliken och över näsan. Fäst sedan tinningpartiets kant mot tinningen med en lika lång bit häfta.
4. Ibland räcker det med dessa två bitar häfta för att få ögonkåpan att ligga till riktigt, längs hela omkretsen. Om kåpan inte ligger till hela vägen runt, så måste ytterligare häftbitar användas för att få den nödvändiga tätheten.

Om förbandet fästs riktigt så ska det inom några timmar uppkomma imma på kåpans insida. Om ingen imma uppstår, så kontrollera först att förbandet verkligen sluter tätt. Om så inte är fallet justera kåpans och häftans läge.

Ögonkåpan skall tas av för rengöring varje dag. Ta bort all häfta, och tvätta kåpan med ljummet vatten och tvål. Skölj noga bort tvålen, och torka kåpan med en ren

handduk. Tvätta också försiktigt av huden runt ögat och torka noga med en ren handduk. Om huden är irriterad så är det bäst att byta till en annan typ av häfta. För att skydda huden kan skumplasthäfta användas under kåpan, se bild 2.



Bild 2

Plastfilm vid svårigheter att sluta ögat

Det kanske enklaste sättet att säkra ögat hos en patient som inte kan blunda är att använda plastfilm, exempelvis Transparent Tegaderm (utan klister) eller annan motsvarande plastfilm/folie av polyeten. Studier visar mycket god effektivitet av denna variant av ögonskydd, och framförallt är det enklare att utföra än appliceringen av kåpan.

- Välj en storlek som är lagom för att täcka det ena ögat eller klipp ner ett större förband eller plastfolie med steril sax. Tejpa kanten med hudvänlig tejp, förslagsvis skumplasthäfta eller kirurgtejp.
- Lossa (och byt till ny film) minst en gång per dygn för inspektion, rengöring och återfuktning precis som med ögonkåpan.

Kunskapsöversikt

- Hearne BJ, Hearne EG, Montgomery H and Lightman SL. Eye care in the intensive care unit. *Journal of the Intensive Care Society*. 2018; 19: 345-50.
- Sansome SG and Lin PF. Eye care in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020; 81: 1-10.
- Kousha, Obaid, Zubaid Kousha, and Jonathan Paddle. "Incidence, Risk Factors and Impact of Protocolised Care on Exposure Keratopathy in Critically Ill Adults: A Two-phase Prospective Cohort Study." *Critical Care (London, England)* 22.1 (2018): 5. Web.

- Alansari, M.A., Hijazi, M.H., Maghrabi, K.A. (2015) Making a Difference in Eye Care of the Critically Ill Patients. *Journal of Intensive Care Medicine*, Vol. 30(6) 311-317
- Dawson, D. (2005). Development of a new eye care guideline for critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 21, 119–122.
- *Handboken för hälso- och sjukvårdspersonal*,
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/handboken/>
- Small J, Robertson E and Runcie C. Care of the eye during anaesthesia and intensive care. *Anaesthesia and intensive care medicine*. 2019; 20: 731-4.
- Askaryzadeh Mahani M., Nematollahi M., Bahramnezhad F. & Farokhzadian J. The effect of polyethylene cover intervention on ocular surface disorder of intensive care unit patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Ophthalmology*, 2024; 24(1), 109–109.
<https://doi.org/10.1186/s12886-024-03360-6>
- Warad C, Mohapatra S., & Mehta A. Bedside assessment of ophthalmic manifestations in neurocritical care: A study in Southern India. *Indian Journal of Ophthalmology*, 2024; 72(2), 201–205. https://doi.org/10.4103/IJO.IJO_2878_22
- Arevalo-Buitrago P., et al. Impact of nursing interventions on the prevention of ocular surface disorders in critical care patients: A systematic review. *Nursing in Critical Care*. 2024
<https://doi.org/10.1111/nicc.13141>

Granskare/arbetsgrupp

Lotta Johansson, specialistsjuksköterska intensivvård Område 5, SU

Blanka Buks, specialistläkare ögonsjukvård, område 3, SU

Linda Lejon, specialistsjuksköterska intensivvård avdelningslärare NIVA
AnOpIVA, område 5, SU

Lotta Börjesson specialistsjuksköterska intensivvård avdelningslärare CIVA
AnOpIVA, område 5, SU

Marielle Fohlin Leidefeldt, specialistsjuksköterska intensivvård instruktör TIVA,
område 6, SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Postoperativ vård Sahlgrenska, Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning, Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård

Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1681

Version: 9.0

Giltig från: 2026-04-13

Giltig till: 2027-11-12