Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL
Innehållsansvar: Ivar Stenberg, (ivast2), Ivasjuksköterska
Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare
Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-09-02
Giltig till: 2028-09-02

Mobilisering på IVA och IMA

Förändringar sedan föregående version

Uppdaterad med nya tabeller för lättare läsning och för att lättare hitta rätt information.

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte **1**

Vilka berörs **2**

Mål **2**

Positiva effekter med mobilisering 3

Utförande **3**

1. Bedsidebedömning och mobiliseringsmål 3
2. Kontraindikationer för mobilisering 4
3. Sederingsnivå/smärtlindringsbehov 5
4. Utförande av mobilisering 5
5. Utvärdera och dokumentera 7

Källförteckning **8**

Bakgrund och syfte

Tidig mobilisering på IVA (intensivvårdsavdelningen) syftar till att optimera patientens fysiologiska möjligheter för tillfrisknande. Dock riskerar patienten på IVA att drabbas av immobilisering vilket har många negativa effekter på bland annat blodtryck, lungfunktion,

muskelfunktion och mag-tarmkanalens funktion. Tidig mobilisering av patienter som vårdas på IVA är en självklar del i vården och minskar risken för komplikationer under och efter vårdtiden samt kan förkorta tiden i respirator och den totala vårdtiden. En total immobilisering leder till att muskelnedbrytningen startar, vilket sker redan efter några timmar. 25–50% av intensivvårdade patienter lider av neuromuskulär svaghet flera år efter utskrivning. Patienter som vårdas på IVA kan också drabbas av PICS (Post-intensive care syndrome) som innebär att både den kognitiva och fysiska förmågan samt den psykiska hälsan är nedsatt, förekomsten är fler än hälften av alla som vårdas på IVA under en längre tid. Med tidig mobilisering kan dessa risker minimeras samt bidra till en förbättrad kroppsmedvetenhet samt en mer normaliserad dygnsrytm (aktivitet dagtid och vila nattetid). Det hjälper även att förebygga uppkomsten av atelektaser, ventromboser och även minimera risken för pneumoni (1, 2 & 3).

Syftet med denna rutin är att främja tidig mobilisering av patient på IVA/IMA. Rutinen innehåller riktlinjer och verktyg som ska underlätta planeringen och främja påbörjandet av mobilisering av patient så tidigt som möjligt.

Vilka berörs

Gäller för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på IVA och IMA i NU-sjukvården.

Mål

Att påbörja mobilisering av patient inom 48h efter ankomst till IVA eller IMA.

Positiva effekter med mobilisering

Respiration	Cirkulation	Elimination	Muskel & ledfunktion	Kognitivt
Förebygger atelektaser	Minskar risken för ventrombos och lungemboli	Främjar tarmens peristaltik	Förebygger muskelatrofi	Minskar oro, ångest och risk för delirium
Mobiliserar slem	Minskar risken för ortostatisk hypotension (ger därigenom en lägre vilopuls och ökade slagvolymer)	Främjar urinproduktionen	Förebygger ledkontrakturer och smärtproblematik.	Medvetandegör kroppsgränser och kroppspositioner
Optimerar den funktionella residualkapaciteten	Minskar risken för hämmad mikrovaskulär funktion			Normaliserar dygnsrytmen
Stimulerar egenandning och aktiverar andningsmuskulaturen	Minskar risken för insulinresistens.			o

Utförande

	Mobiliseringens 5 steg på IVA/IMA
1	Bedsidebedömning och mobiliseringsmål
2	Kontraindikationer för mobilisering
3	Bedöm sederingsnivå/behov av smärtlindring
4	Utförande av mobilisering
5	Utvärdera och dokumentera

1. Bedsidebedömning och mobiliseringsmål

Målet är att påbörja mobilisering av patient inom 48h efter ankomst till IVA/IMA med hjälp av IMS (7), se nedan.

Läkaren, sjuksköterskan, undersköterskan och fysioterapeuten fastställer mobiliseringsmål för patienten. Detta göras dagligen och kan delas in i 5 mobiliseringsnivåer. (Nivå 0 är inkluderat i den basala omvårdnaden och ingår inte i mobiliseringen, nivå 0 kan tillämpas till alla patienter). Mobilisering utförs under 10-30 minuter 3-4 ggr/dag. Sjuksköterskan och undersköterskan ansvarar för att utföra mobiliseringen. Vilken mobiliseringsnivå som är aktuell ordineras av läkarnas rondfönster.

Nivå	Benämning	Syfte	Åtgärder
0	Basal omvårdnad	Förebygga komplikationer	1. Huvudända ≥30° 2. Lägesändringar 3. Andningsträning med PEP
1	Balas mobilisering	Bibehålla rörelseförmåga	4. Alla steg under Nivå 0. 5. Passivt rörelseuttag 6. Aktivt rörelseuttag
2	Passiv mobilisering	Tidig mobilisering utan aktiv medverkan	7. Alla steg under Nivå 1 8. Kombistol (Sara-combiliser/JATAB-stol) 9. Sängcykling
3	Aktiv mobilisering	Återfå funktion	10. Alla steg under Nivå 1 och 2 11. Sitta på sängkant - *kontakta fysioterapeut innan första försök till sängkant för patient som vårdats längre än 4 dygn på IVA/IMA* 12. Stå upprätt i kombistol 13. Stå upp vid sängkant med gåbord. 14. Egen ADL
4	Mobilisering utanför vårdrum	Öka självständighet och stimulans	15. Alla steg under Nivå 1, 2 och 3 16. Promenad i kombistol/rullstol 17. Stå/gåträning med levande stöd eller gåbord 18. Promenad med levande stöd/gåbord

2. Kontraindikationer för mobilisering

Föreligger ingen kontraindikation kan ansvarig sjuksköterska tillsammans med undersköterska påbörja mobilisering utan att rådfråga läkare. Det finns få absoluta men flera relativa kontraindikationer, vid tveksamhet fråga läkare.

Exempel på kontraindikation:
Hemodynamisk instabilitet/kraftigt ökat inotropt stöd
Progredierande respiratorisk svikt och/eller högt syrgasbehov/höga PEEP
Påverkad av neuromuskulära blockerande läkemedel
Hjärnblödning eller neurologiska sjukdomar (undvika högt ICP)
Immobiliserad patient/ordinerat sängläge
Patienter där beslut är taget om palliation
Öppen buk eller annan kirurgi med risk för sårruptur (gäller ej VAC-PAC behandlade patienter)
Pågående, aktiv blödning

3. Sederingsnivå/smärtlindringsbehov

Inför mobiliseringen, utvärdera patientens sederingsnivå och eventuella behov av smärtlindring. För bedömning av sederingsnivån används RASS, om sederingsnivån är suboptimal, reevaluera mobiliseringsnivån eller se över sedering och/eller smärtlindring.

Inför mobiliseringen, utvärdera om patienten behöv av smärtlindring. För att bedöma nivå av smärtan hos patienten används bl.a. instrumentet VAS-skalan. Adekvat smärtlindring skall vara ordinerat av ansvarig läkare. Vilken typ av smärtlindring skall diskuteras och ordineras under rond eller efter behov (minst 1ggr/dag).

4. Utförande av mobilisering

Nivå 0: Basal mobilisering

Den basala mobilisering under Nivå 0 skall utföras varje pass. Höjd huvudända är ett måste för att förebygga VAP (Ventilator Associerad Pneumoni), minst 30 graders höjning rekommenderas (1). Regelbundna lägesändringar för stillaliggande patienter görs med 2-

3 h intervall. Här rekommenderas variation mellan rygg- och sidliggande för optimal lungrekrytering (5) samt avlastning för att motverka trycksår. (Nivå 0 är inkluderat i den basala omvårdnaden och ingår inte i mobiliseringen, nivå 0 kan tillämpas till alla patienter).

Nivå 1: Basal mobilisering

Mobilisering på Nivå 1 innebär praktisering av passiva samt aktiva rörelseuttag av patienten. Passiva rörelseuttag alternativt uppmuntran till aktiva rörelseuttag är den lägsta nivå patienter erhåller på IVA. Om patienten bedöms som RASS -3 eller -4 kan mobiliseringsnivå 1 ändå genomföras med god effekt. Forskningen har visat att passiva rörelseuttag minskar risken för hämmad mikrovaskulär funktion (6). Evaluera mobiliseringen kontinuerligt.

Nivå 2: Passiv mobilisering

Den passiva fasen som innebär mobiliseringen utan patientens aktiva medverkan startar alltid med att informera patienten. Patientens vitalparametrar observeras för att ha en baslinje att utgå från och upptäcka eventuella förändringar under mobiliseringen som kan vara till skada för patienten. Efter denna information och observation mobiliseras patienten till SARA-/Jatabstol alternativt sängcykling. (OBS! Vid passiv träning med sängcykel behöver patienten hjälp med stabilisering av extremiteter).

Nivå 3: Aktiv mobilisering

Nivå 3 av mobilisering kan startas då patienten genomgått nivå 1 och 2 samt påvisar egen muskelfunktion. Vid frågor eller osäkerhet kring uppstart av nivå 3 kontakta fysioterapeut (FT). Första steget på nivå 3 är att sitta på sängkant. Vid sittande på sängkant bedöms orientering och vitalparametrar. Utöver detta kan fysioterapeut bedöma exempelvis bålstabilitet och andra svagheter för att komplettera med övningar som kan påskynda patientens fortsatta rehabilitering. Om det fungerar väl att sitta på sängkant kan man prova att stå med

gåbord bredvid sängen. Även här kan FT involveras vid behov av stimulering av proprioception/postural kontroll som stående med stöttning, t ex tippbräda, gåbord etc.

Nivå 4: Mobilisering utanför patientsal

För patienter som vårdas under en längre tid på intensivvårdsavdelning (2-3 månader eller längre) kan förutom de tidigare beskrivna nivåerna av mobilisering kompletteras med mobilisering utanför patientsal, då ett miljöombyte kan bidra till ökad motivation hos patienten i sin fortsatta vård. När patienten bedöms vara stabil i sina parametrar under en kortare period och klarar ca 30-45min utan övervak ska mobilisering av nivå 4 initieras. Detta inkluderar promenad i kombistol/rullstol utanför patientsal och vid ett senare skede kan även en mer aktiv mobiliseringen appliceras i from av gåträning med gåbord alternativt levande stöd.

5. Utvärdera och dokumentera

Målet med mobiliseringen på IVA/IMA NÄL är att starta den inom 48h efter ankomst till IVA/IMA. Därför ska bedömning genomföras samt plan upprättas inom denna tidsram. Under ronden diskuteras och ordineras vilken mobiliseringsnivå som är aktuell för patienten. Ordination dokumenteras sedan i Rond-fliken. Den ordinerade mobilisering dokumenteras under omvårdnadsfliken i CHA samt under Aktivitet i Melior. Detta kan göras i samråd med fysioterapeut för smidig och följsam övergång mellan avdelningar och mellan olika vårdnivåer. Om mobilisering ej utförts ska detta också dokumenteras och varför.

Källförteckning

1. Vårdhandboken (2021). Orörlighet, komplikationer. Orörlighet, komplikationer - Vårdhandboken (vardhandboken.se) [2022-04-14]
2. Up To Date (2022). Post-intensive care syndrome (PICS). Post-intensive care syndrome (PICS) - UpToDate [2022-04-14]
3. Engel, HJ, DM Needham, PE Morris, & MA Gropper, 'ICU Early Mobilization: From Recommendation to Implementation at Three Medical Centers'. in Critical care medicine, 41, 2013, 69–80
4. Hodgson, CL, K Stiller, DM Needham, CJ Tipping, M Harrold, CE Baldwin, et al., 'Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of me chanically ventilated critically ill adults'. In Critical care (London, England), 18, 2014, 658–658
5. Roldán, R., Rodriguez, S., Barriga, F., Tucci, M., Victor, M., Alcala, G., Villamonte, R., Suárez-Sipmann, F., Amato, M., Brochard, L., & Tusman, G. (2022). Sequential lateral positioning as a new lung recruitment maneuver: an exploratory study in early mechanically ventilated Covid-19 ARDS patients. Annals of intensive care, 12(1), 13. https://doi.org/10.1186/s13613-022-00988-9
6. Vollenweider, R., Manettas, A. I., Häni, N., de Bruin, E. D., & Knols, R. H. (2022). Passive motion of the lower extremities in sedated and ventilated patients in the ICU - a systematic review of early effects and replicability of Interventions. PloS one, 17(5), e0267255. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267255
7. Tipping, C. J., Bailey, M. J., Bellomo, R., Berney, S., Buhr, H., Denehy, L., Harrold, M., Holland, A., Higgins, A. M., Iwashyna, T. J., Needham, D., Presneill, J., Saxena, M., Skinner, E. H., Webb, S., Young, P., Zanni, J., & Hodgson, C. L. (2016). The ICU Mobility Scale Has Construct and Predictive Validity and Is Responsive. A Multicenter Observational Study. *Ann Am Thorac Soc*, *13*(6), 887-893. https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201510-717OC

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL

Innehållsansvar: Ivar Stenberg, (ivast2), Ivasjuksköterska

Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10086-1525759947-149

Version: 11.0

Giltig från: 2026-09-02

Giltig till: 2028-09-02