OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL
Innehållsansvar: Sofia Berglund, (sofbe28), Ivasjuksköterska
Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare
Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-09-15
Giltig till: 2028-09-15

Sedering, medvetande och smärtuppskattning på IVA/IMA/post op

Förändringar sedan föregående version

Denna version är uppdaterad med bedömningsskalan Nu-DESC samt information gällande Centricity High Acuity Critical Care (CHA).

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte 2

Denna rutin gäller för 2

Utförande 2

Verktyg 2

Uppskattning av medvetande 4

Uppskattning av sedering 6

Procedur för bedömning 8

Uppskattning av smärta 8

Uppskattning av delirium 10

Källförteckning 12

Bilaga 14

Bakgrund och syfte

Uteblivet dagligt sederingsstopp medför förlängd vårdtid samt ökad risk för ventilatorassocierad pneumoni (VAP) och intensivvårdsdelirium. Daglig ordination av sederingsgrad samt utvärdering av föregående dygns utfall är därför av stor betydelse. Syftet med detta dokument är att säkerställa ett enhetligt tillvägagångssätt vid ordination och utvärdering av sedering inom intensivvården. Vidare avser riktlinjen att integrera sederingsgrad med systematiska skattningar av delirium och smärta.

Denna rutin gäller för

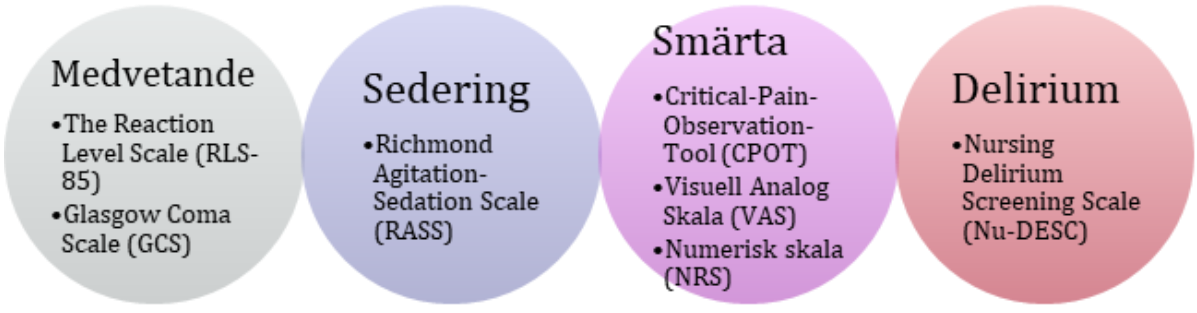
Detta dokument riktar sig till medicinsk och omvårdnadspersonal (läkare och sjuksköterskor) inom intensivvård (IVA), intermediärvård (IMA) och postoperativ enhet (post op).

Utförande

Verktyg

Inom IVA/IMA/POST OP tillämpas olika validerade bedömningsverktyg. I detta dokument kategoriseras dessa utifrån följande kliniska områden: medvetandegrad, sedering, smärta och delirium.

***Figur 1**: Bedömningsverktyg som användes på IVA/IMA/POST OP*



Skattningsskalorna i CHA är centralt placerade för att underlätta det kliniska arbetsflödet. Dessa återfinns under fliken “ADMIN”. Därefter väljs och besvaras relevanta skattningsskalor i enlighet med bifogade instruktioner.

Bild 1: *Admin – Skattning & Skalor – Vuxen/Barn.*

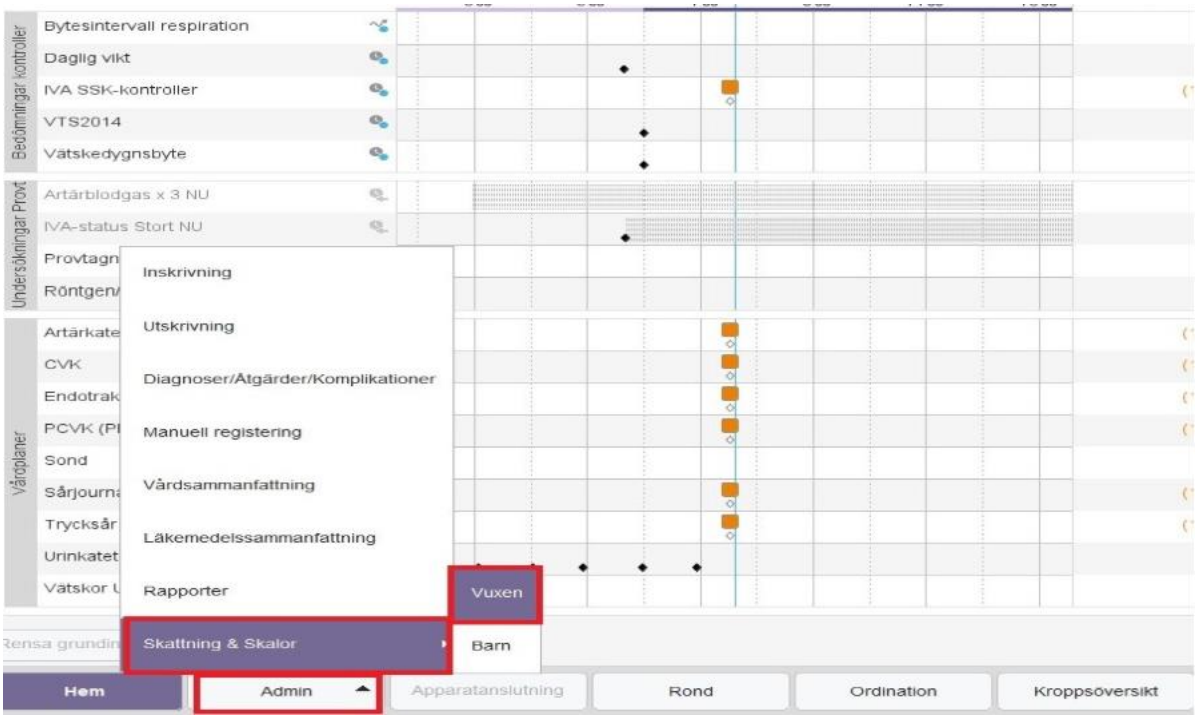
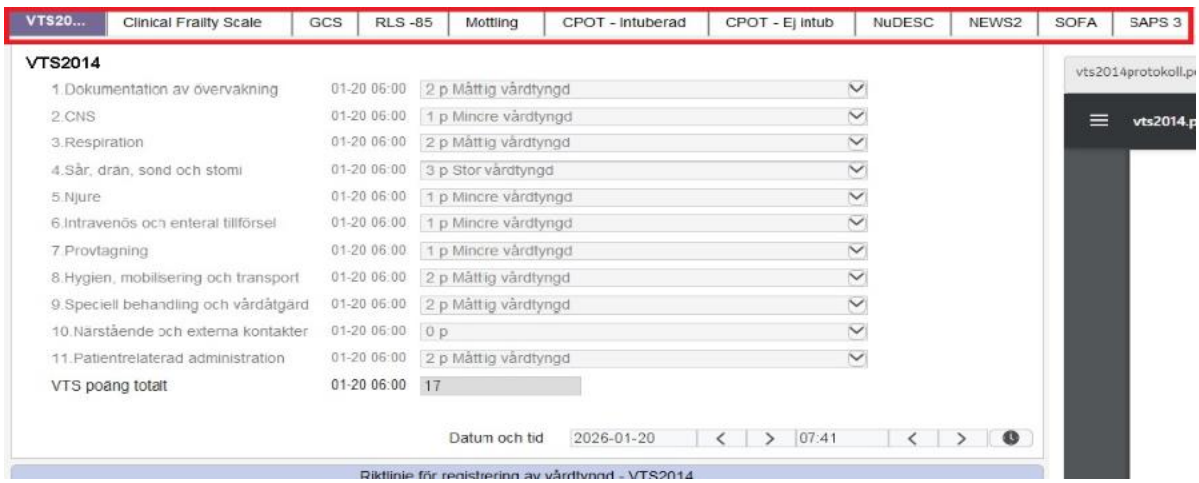


Bild 2: *Ett brett utbud av integrerade skattningsskalor. Beroende på den kliniska frågeställningen väljs relevant verktyg för medvetandegrad, sedering, smärta eller delirium, där systemet vägleder användaren genom de olika bedömningsstegen.*



Uppskattning av medvetande

RLS-88

Bedömning av medvetandegrad utförs med standardiserade verktyg, varav RLS-85 är det mest frekvent använda. Skalan omfattar åtta nivåer där ett högre poängvärde korrelerar med en djupare medvetandesänkning (Bilaga 1).

Stegvis bedömning enligt RLS-85:

1. **Initial bedömning:** Kontrollera om patienten är vaken och orienterad utan fördröjd respons (RLS 1).
2. **Lätt stimulering (RLS 2):** Vid tecken på dåsighet, applicera lättare stimuli i form av tilltal eller lätt beröring. Bedöm om patienten uppnår adekvat kontakt.
3. **Kraftig stimulering (RLS 3):** Vid uttalad slöhet används kraftigare stimuli (upprepade tillrop eller smärtstimulering). Bedöm om patienten kan fixera blicken, lyda uppmaning eller avvärja smärtstimulering.
4. **Medvetslöshet (RLS 4–8):** Om patienten inte uppnår kontakt vid kraftig stimulering klassificeras tillståndet som medvetslöshet. Gå vidare till bedömning av motorisk respons vid smärtstimulering enligt skalans kriterier.

GCS

Vid neurologisk övervakning där högre upplösning av patientens status krävs, tillämpas **GCS**. Bedömningen ska ske systematiskt genom utvärdering av ögonöppning, verbal förmåga och motorik. Resultatet dokumenteras som en totalsumma (3–15 poäng) samt per enskild parameter i CHA under fliken **Neurologi**.

Efter utfört bedömningen dokumenteras resultatet i CHA. Det finns flera alternativa vägar för registrering i systemet, vilka presenteras i detalj i de efterföljande avsnitten:

Bild 3. *RLS –85 och RASS dokumenteras under* ***SSK-kontroller*** *>* ***Neurologi****, vilken nås via systemets startsida ("HEM").*

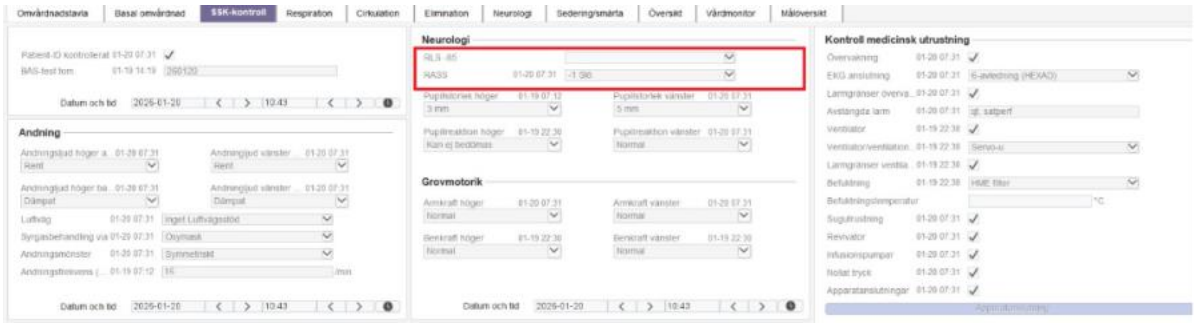
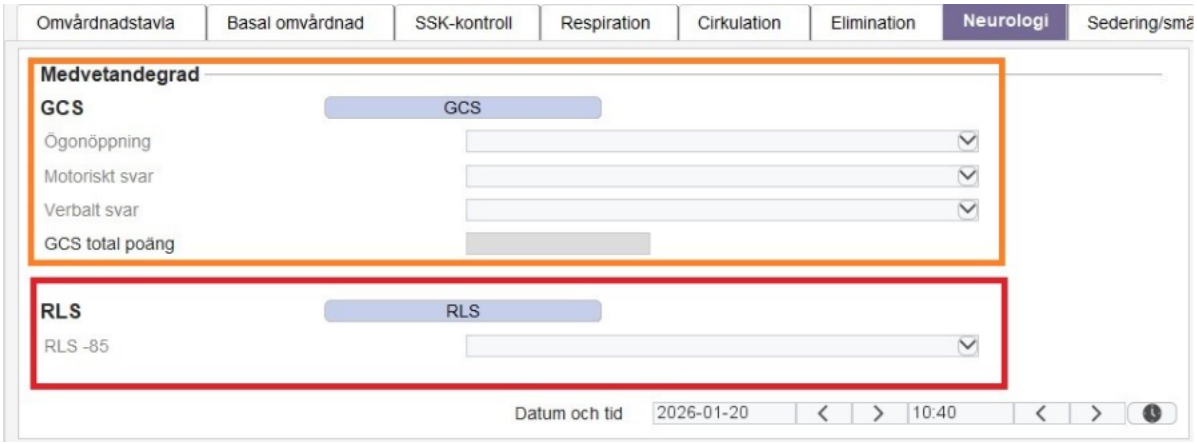


Bild 4: *RLS –85 och GCS dokumenteras under fliken Neurologi som nås via systemets startsida ("HEM").*

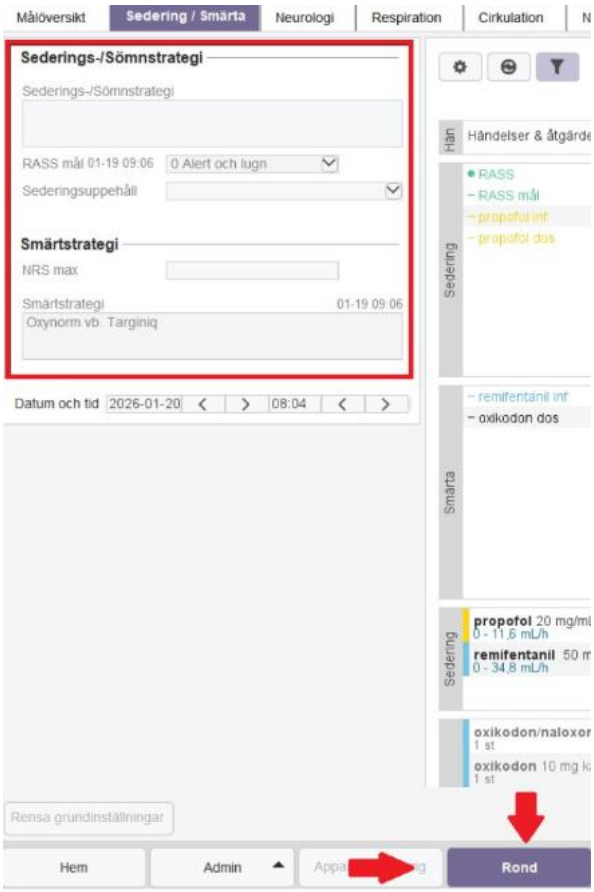


Under modulen Skattning & Skalor, där samtliga validerade skalor finns samlade, väljs aktuellt instrument (t.ex. RLS-85 eller GCS). Användaren följer därefter systemets anvisningar för att fylla i och spara resultatet (Se bild 1 och 2).

Trots att registrering kan ske via flera olika vägar i CHA krävs ingen dubbeldokumentation. Information som matas in i en skattningsskala synkroniseras automatiskt och speglas i övriga berörda dokumentationsvyer.

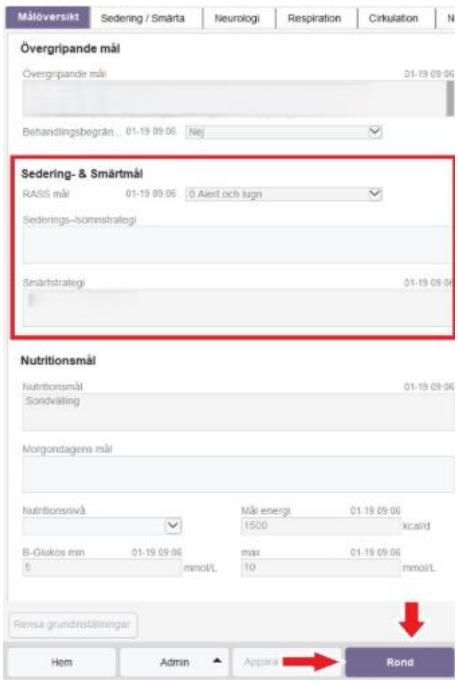
Uppskattning av sedering

***Bild 5**: Sederingsdjup ordineras av patientansvarig läkare (PAL) under pågående rond som görs dagtid under modul Sedering/Smärta som nås via ROND fliken.*



Ordination av sedering baseras på patientens individuella RASS-mål, vilket ska anges av ansvarig läkare i CHA (rondfönstret). Standardmålet är RASS 0 till -2, såvida inte kliniska skäl kräver en annan sederingsdjup. När ett mål har ordinerats i rondfältet överförs och presenteras detta automatiskt i modul Sedering/Smärta i fliken Sederingsbedömning för att underlätta uppföljning (Bild 8).

***Bild 6**: Ordinerat mål kan även följas via vyn "**Målöversikt**", vilken nås på samma sätt som fliken för sedering.*



Sederingsmål utvärderas löpande av sjuksköterska eller läkare minst en gång per arbetspass med hjälp av beprövat verktyg RASS. Denna bedömning ligger till grund för styrning av sedering och genomförande av sederingsuppehåll. Sederingen justeras därefter utifrån ordinerad målgrad. Tillgängliga registreringsvägar i CHA beskrivs mer utförligt i efterföljande avsnitt.

***Bild 7**: Dokumentation av sederingsnivå sker under **SSK-kontroller** > **Neurologi**, vilken nås via systemets startsida ("HEM").*

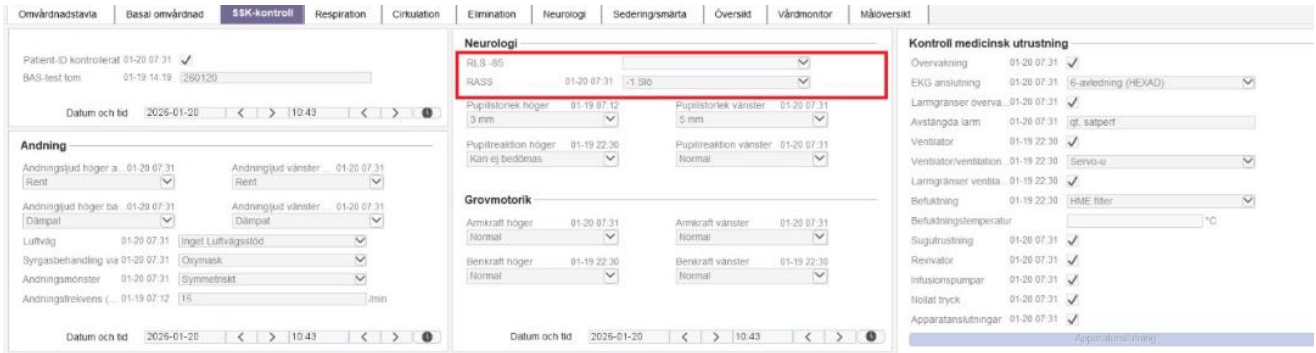
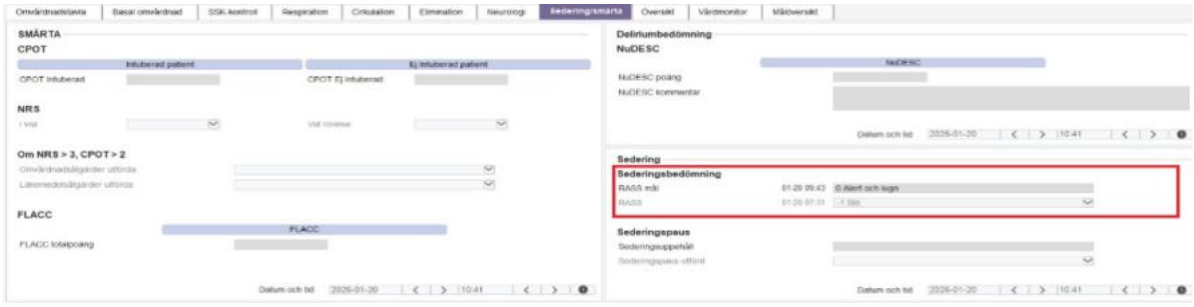


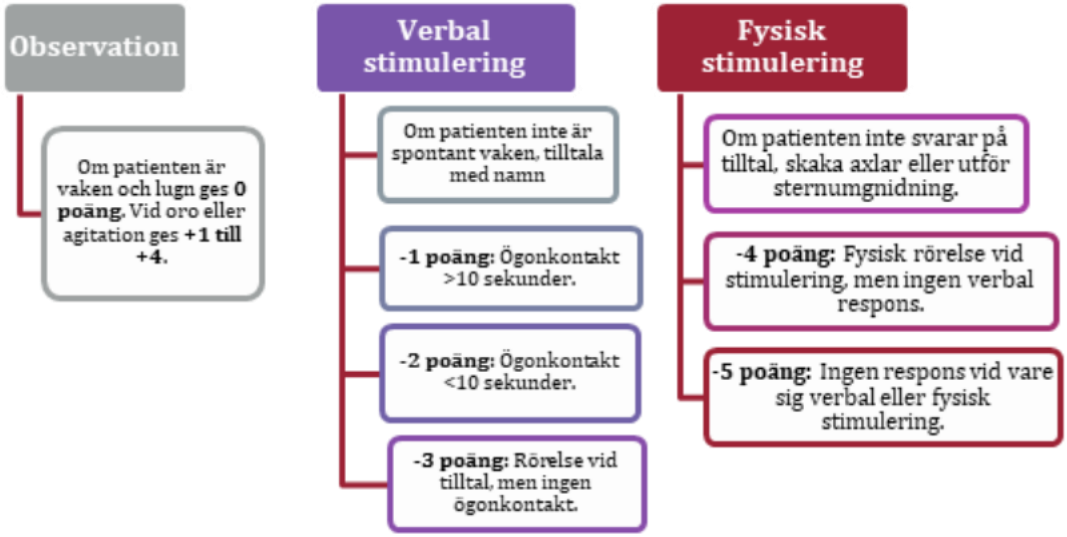
***Bild 8**: Dokumentation i modul **Sedering/Smärta**.*



Bedömd sederingsnivå kan även registreras under Sedering/Smärta fliken som nås genom "HEM" knappen. Där registreras automatisk sederingsmål efter att den ordineras i ROND fältet.

Procedur för bedömning

***Figur 2** visar stegvis bedömning för att fastställa patientens vakenhetsgrad eller agitationsnivå vid sedering.*



Uppskattning av smärta

CPOT är ett verktyg där patientens beteende bedöms genom fyra parametrar: **ansiktsuttryck, kroppsrörelser, följsamhet med ventilator** (om intuberad) och **muskelspänning**. Parametrar poängsätts med en totalpoäng om 8, vid 3 poäng eller mer är smärtlindringen inte tillräcklig. Smärtskattning enligt CPOT ska utföras 1 gång per pass av sjuksköterska. Poängen dokumenteras i CHA på samma sett som andra bedömningsverktyg. Vid uppvisat

smärtupplevelse bedömt enligt skalan är det vår skyldighet att skapa komfort till patienten genom att justera rådande smärtregim eller etablera smärtfri omvårdnad.

Tabell 1: *Utvärdering av smärta enligt CPOT bedömningsverktyg.*

Tecken	**Beskrivning**	**Poäng**
Ansiktsuttryck	Ingen observerad muskelspänning	**0 Avslappnat, neutral**
	Rynkar pannan, ögonbrynen Kniper något med ögonen Rynkar näsan och drar upp överläppen / dar ihop ansiktet	**1 Spänt**
	Samtliga ovanstående samt hårt ihopknipna ögon	**2 Grimaserar**
Kroppsrörelse	Rör sig inte alls (behöver inte betyda avsaknad av smärta)	**0 Rör sig inte**
	Långsamma försiktiga rörelser, tar på eller masserar smärtområde, söker uppmärksamheten genom rörelser	**1 Skyddande**
	Drar i tuben/tracken, försöker sätta sig upp, rör armar/ben på ett våldsamt och okontrollerat sätt, följer ej uppmaningar, slår mot personalen och / eller försöker ta sig ur sängen	**2 Rastlösa**
Muskeltonus *Bedöms vid passiv böjning och sträckning av övre extremiteter*	Inget motstånd vid passiva rörelser	**0 Avslappnad**
	Motstånd vid passiva rörelser	**1 Spänd/stel**
	Kraftigt motstånd vid passiva rörelser, oförmåga att fullfölja de	**2 Mycket spänd/stel**
Intuberade patienter	Inga larm aktiveras, lättventilerad	**0 Tolererar / andas med ventilatorn**
	Larmen slutar spontant	**1 Hostar men tolererar**

Följsamhet med ventilatorn	Osynkroniserad: andas mot ventilatorn, frekventa larm	**2 Andas mot ventilatorn**
Icke intuberade *patienter*	Talar i normal ton eller är tyst	**0 Talar normalt är tyst**
Verbala och icke verbala ljud	Suckar, jämrar sig	**1 Suckar / jämrar sig**
	Gråter högljutt, snyftar	**2 Gråter/ snyftar**
Poäng totalt		**0-8**

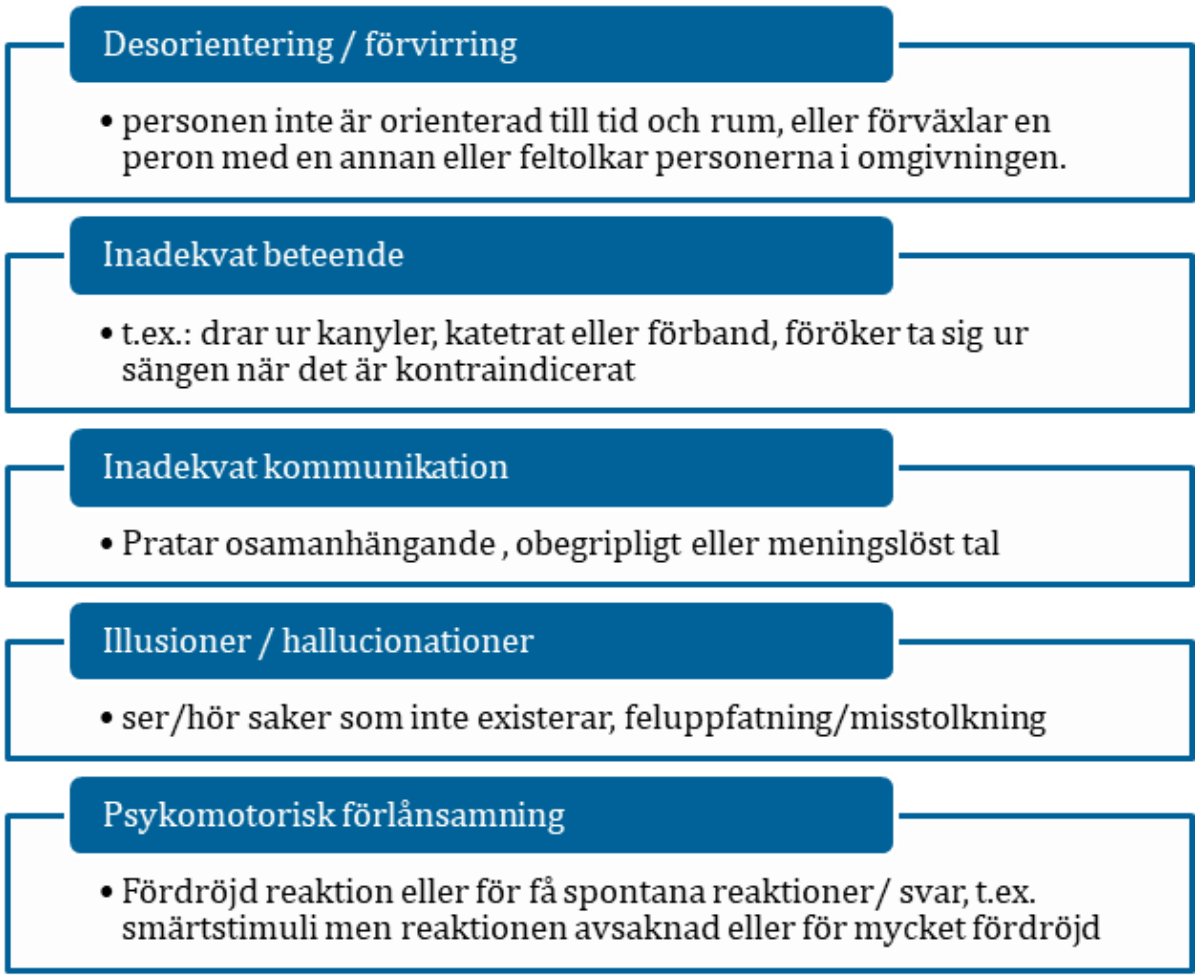
Uppskattning av delirium

Delirium är ett tillstånd som karaktäriseras av förvirring, hallucinationer och mardrömmar. Majoriteten av patienterna inom intensivvården drabbas, vilket medför ökat lidande, förlängda vårdtider och en sämre prognos.

För fördjupad information, se den specifika rutinen för delirium. Tidig identifikation och behandling är avgörande. Inom IVA, IMA och POST OP används numera bedömningsverktyget **Nu-DESC** som ett stöd i arbetet.

Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale) är ett snabbt verktyg (2 min) som upprepas 3 ggr/ dygn, dvs en gång per pass av ansvarig personal. Verktyget bedömer patienten över tid – ett arbetspass där man fångar upp eventuella uppkomna svårighetsgrad av delirium, dvs flera poäng-svårare symptom. Delirium tillstånd klassificeras då vid poäng> 2.

***Figur 3**: Uppskattning av delirium i enlighet med NU-DESC bedömningsverktyg*



***Tabell 2**: Beskriver poängsättning efter bedömning med Nu-DESC.*

Poäng	*Beskrivning*
0	Symptomet förekommer aldrig under skiftet
1	Symptomet förekommer under någon del av skiftet
2	Symptomet förekommer under någon del av skiftet och var mycket uttalande eller störande

Avsteg från dessa rutiner rapporteras till **MedControl PRO**.

Källförteckning

Almgren, M., Lundmark, M., & Samuelson, K. (2010). The Richmond Agitation-Sedation Scale: Translation and reliability testing in a Swedish intensive care unit. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *54*(6), 729–735. https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2009.02173.x

Bedömning enligt ABCDE - Vårdhandboken. (u.å.). Hämtad 10 september 2026, från https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/bedomning-enligt-abcde/

Bergeron, N., Dubois, M.-J., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, *27*(5), 859–864. https://doi.org/10.1007/s001340100909

Flores-Galicia, C., Ponce-Gomez, G., & Valencia-Cruz, A. (2026). Agreement between NU-DESC and CAM-ICU for delirium in high-complexity hospital settings. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, *37*(2), 500587. https://doi.org/10.1016/j.enfie.2026.500587

Smärtskattning av akut och postoperativ smärta—Vårdhandboken. (u.å.). Hämtad 10 september 2026, från https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/

Starmark, J.-E., St�lhammar, D., & Holmgren, E. (1988). The Reaction Level Scale (RLS 85): Manual and guidelines. *Acta Neurochirurgica*, *91*(1–2), 12–20. https://doi.org/10.1007/BF01400521

Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). ASSESSMENT OF COMA AND IMPAIRED CONSCIOUSNESS. *The Lancet*, *304*(7872), 81–84. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0

Tseng, M. Y., & Mårtensson, A. (2022). *Icke-farmakologiska interventioner för att förebygga IVA-delirium*. http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/9111423

Bilaga

Bilaga 1: The Reaction Level Scale (RLS-88), svensk version.

RLS-85

Ett svenskt system för att gradera medvetandegrad.

Grad	Beskrivning
1	Kontaktbar utan latens, orienterad
2	Slö/oklar, kontakt vid tilltal, tillrop, beröring
3	Mycket slö/oklar, kontakt vid upprepade tillrop, ruskningar, smärtstimulering
4	Lokaliserar smärta men avvärjer ej
5	Undandragande rörelse
6	Böjer stereotypt
7	Sträcker stereotypt
8	Ingen reaktion på smärtstimulering

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL

Innehållsansvar: Sofia Berglund, (sofbe28), Ivasjuksköterska

Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10086-1525759947-174

Version: 9.0

Giltig från: 2026-09-15

Giltig till: 2028-09-15