

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

Giltig från: 2025-09-24

Giltig till: 2027-09-24

# Sedering enligt RASS, CPOT och VAS/NRS

---

## Revidering i denna version

- Uppdaterad i giltighetstid, inga förändringar.

## Bakgrund

Om man inte gör dagligt uppehåll i sederingen förlängs vårdtiden och risken ökar för ventilatorassocierad pneumoni och intensivvårdsdelirium.

Det är viktigt att dagligen ordinera sederingsgrad och utvärdera hur sederingen har utfallit under föregående dygn.

## Syfte

Att få ett enhetligt sätt att ordinera och utvärdera sedering hos intensivvårdspatienter och att koppla sederingsskalan till delirium- och smärtskattning.

## Vilka berörs

Läkare och sjuksköterskor vid IVA/IMA NÄL.

## Tillvägagångssätt

Vid sedering av intensivvårdspatienter ska detta göras enligt ordination från läkare utifrån utsatt RASS-mål (som ska anges i rondfönstret i CCC). Vanligtvis RASS 0- -2 om inget annat anges.

The screenshot shows a medical software interface with a menu bar at the top containing 'Vård', 'Aktuell vård', 'Översikt', 'Vätsketerapi', 'Läkemedel', 'Undersökningar', 'Fönster', and 'Hjälp'. Below the menu bar, the text 'Registrering: 95 Ordination Rond' is visible. The main area displays patient information for '2023-04-01' at '00:13'. A checklist titled 'CHECKLISTA' is shown with various items and their corresponding values or checkboxes. The 'o RASS' item is circled, and an arrow points to its dropdown menu, which is currently set to '-2 Lätt sederad'. Other items in the checklist include 'Beh. strategi', 'Tid f beslut', 'Möjl donator', 'ANSVAR', 'Ansv IVA läk', 'r bedside us', 'r Trender', 'r Lab. svar', 'r Lab ord', 'r Nutr bedöm', 'r Vätskor', 'o Vätskebal', 'r Sederingsdjup', 'Vikt läkemedel', and 'r Läkemedel'.

Item	Value/Status
BESLUT	
Beh. strategi	11-09 10:13
Tid f beslut	Inga behandl.begr.
Möjl donator	
ANSVAR	
Ansv IVA läk	09-26 09:47
	andho35
CHECKLISTA	
r bedside us	<input type="checkbox"/>
r Trender	<input type="checkbox"/>
r Lab. svar	<input type="checkbox"/>
r Lab ord	11-09 10:13
r Nutr bedöm	<input type="checkbox"/>
r Vätskor	11-09 10:13
o Vätskebal	<input type="text"/> ml
r Sederingsdjup	<input type="checkbox"/>
o RASS	-2 Lätt sederad
Vikt läkemedel	<input type="text"/> kg
r Läkemedel	11-09 10:13

Sjuksköterskan kontrollerar aktuellt sederingsdjup enligt RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) 1 gång/pass och justerar sedering utifrån ordinerad sederingsgrad (var god se Bilaga 1).

Smärta ska behandlas först då det kan ge upphov till ångest och oro. VAS (visuell analog skala) eller NRS (numerisk rating scale) används för kommunikativa patienter annars används CPOT (Critical-care pain observation tool) var god se Bilaga 2.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

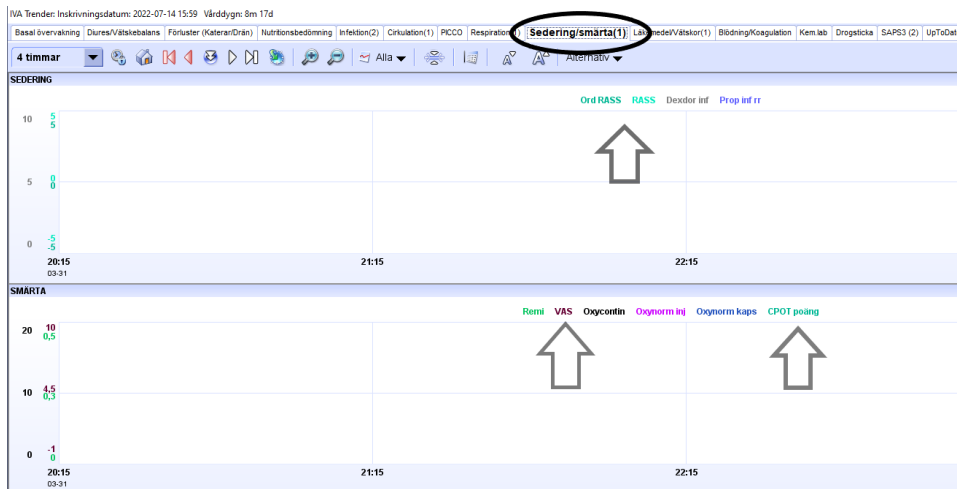
Registerra: 02 Ssk Kontroll

\* Tid 2023-04-01 00:20 Tilläggsregistrering

Kommunikat	Tid	Bedömning
RASS	04-01 00:20	0 Alert och lugn
CAM-ICU NU	04-01 00:20	Ej delirium
VAS	04-01 00:20	3 0-10 poäng
Pupill hö	09-07 13:39	Medelvid
Pupill vä	09-07 13:39	Medelvid

För bedömning av intensivvårdsdelirium används CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU). Bedömning av eventuellt delirium skall göras 1gång/pass. Instruktioner för hur man går till väga finns i en pärm i anslutning till varje IVA-sal.

I trendfönstret under fliken “sedering/smärta” kan man följa RASS och CPOT över tid.



# Bilaga 1

## The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Poäng	Term	Beskrivning
+4	Stridslysten	Uppenbart stridslysten eller våldsam; 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).

## Bilaga 2 (obs tabellen är på två sidor)

### CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)

Tecken	Beskrivning	Poäng
<b>Ansiktsuttryck</b>	Ingen observerad muskelspänning	<b>Avslappnat, neutralt</b> <b>0</b>
	Rynkar pannan, rynkar ögonbrynen, kniper något med ögonen, rynkar näsan och drar upp över-läppen/drar ihop ansiktet	<b>Spänt</b> <b>1</b>
	Samtliga ovanstående ansiktsuttryck samt hårt ihopknipna ögon	<b>Grimaserar</b> <b>2</b>
<b>Kroppsrörelser</b>	Rör sig inte alls (behöver inte nödvändigtvis betyda avsaknad av smärta)	<b>Rör sig inte</b> <b>0</b>
	Långsamma försiktiga rörelser, tar på eller masserar smärtområdet, söker uppmärksamhet genom rörelser	<b>Skyddande</b> <b>1</b>
	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	<b>Rastlösa</b> <b>2</b>
<b>Muskeltonus</b> Bedöms vid passiv böjning och sträckning av övre extremiteter	Inget motstånd vid passiva rörelser	<b>Avslappnad</b> <b>0</b>
	Motstånd vid passiva rörelser	<b>Spänd/stel</b> <b>1</b>
	Kraftigt motstånd vid passiva rörelser, oförmåga att fullfölja dem	<b>Mycket spänd/stel</b> <b>2</b>

<b>Följsamhet med ventilator</b> (Intuberade patienter)	Inga larm aktiveras, lättventilerad	<b>Tolererar/andas med ventilatorn</b> <b>0</b>
	Larmen slutar spontant	<b>Hostar men tolererar</b> <b>1</b>
<b>ELLER</b>	Osynkroniserad: andas mot ventilatorn, frekventa larm	<b>Andas mot ventilatorn</b> <b>2</b>
	<b>Ljud verbala/icke verbala</b> (Extuberade/ icke intuberade patienter)	<b>Talar normalt/är tyst</b> <b>0</b>
	Suckar, jämrar sig	<b>Suckar/jämrar sig</b> <b>1</b>
	Gråter högljutt, snyftar	<b>Gråter/snyftar</b> <b>2</b>
<b>Poäng totalt</b>		<b>0-8</b>

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL

**Innehållsansvar:** Sofia Berglund, (sofbe28), Teamledare

**Granskad av:** Katarina Strid, (katst), Överläkare

**Godkänd av:** Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10086-1525759947-174

**Version:** 8.0

**Giltig från:** 2025-09-24

**Giltig till:** 2027-09-24