

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård  
Innehållsansvar: Henrieta Jidbratt, (henko2), Överläkare  
Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef  
Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-01-06

Giltig till: 2027-12-29

# Sedering och delirium - intensivvård

## Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version .....	2
Bakgrund .....	2
Syfte.....	2
Arbetsbeskrivning .....	2
Administrering.....	3
Målstyrning .....	3
Ordinationsrutiner/ Ansvarsfördelning.....	3
Dokumentation .....	3
Icke farmakologisk behandling .....	4
Farmakologisk behandling - sederingsalternativ.....	4
Urträning .....	5
Opioidanvändning .....	6
Procedursmärta.....	6
Nattsömn .....	7
Delirium.....	7
Peroral sedering.....	9
Extra tips för sedering .....	9
Bilaga 1. Parenteral farmakologisk behandling .....	11
Bilaga 2. Bedömning enligt RASS.....	13

Bilaga 3. Smärta mätinstrumentskalor: VAS/NRT, CPOT/BPS.....	14
Bilaga 4. Delirium skattning – Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale) .....	15

## Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet.

### Bakgrund

För att kunna vårda en patient på en Intensivvårdsavdelning behövs tillförsel av smärtlindrande och sederande medel för patientens komfort och säkerhet.

### Syfte

Rätt dos är viktigare än valet av läkemedel. Undvika såväl under- som överdosering samt minska incidensen av delirium.

Överdoseringsmed biverkningar och ackumulering uppstår lätt om sederingsgraden hålls på en för djup nivå.

En adekvat smärtlindring och sederingsgrad innebär att patienten är lugn och komfortabel men lättväckt och interaktiv så att de kan delta i sin vård.

Endast klinisk bedömning med tydlig skala som verktyg kan uppskatta sederingsgrad. Kontinuitet i mätningen och målfokusering skall bevaras i dokumentation och rapportering.

### Arbetsbeskrivning

Med ”Sedering” menas i denna rutin både smärtlindring och sedation. Smärta ska alltid behandlas i första hand.

Grunden i denna rutin är evidensbaserad internationellt protokoll, så kallad ”ABCDEF Bundle”.

- A. Asses, prevent and manage pain – mäta, förebygga och behandla smärta
- B. Both awaking trials and spontaneous breathing trials – väckningsförsök och spontanandningsförsök
- C. Choice of analgesia and sedation – val av läkemedel för smärtlindring och sedering
- D. Delirium assessment, prevention and managment – delirium skatta, förebygga och behandla
- E. Early mobility – tidig mobilisering

## Administrering

Tillfälligt behov av smärtlindring/sedering kan tillgodoses med bolusinjektioner. Svängande smärtintensitet och varierande sederingsdjup kan bidra till delirium och kontinuerlig infusion bör väljas vid upprepat behov och/eller om patienten ska vårdas mer än ett dygn. Aktiv titrering sker fortlöpande. Med noggrann titrering mot mål undviker man ackumulering samt i många fall behov av dagliga avbrott i sederingen.

## Målstyrning

Sederingen syftar till bästa möjliga komfort och säkerhet till minsta möjliga biverkan. Nödvändig sederingsnivå beror av sjukdomstillstånd och pågående behandling. I grunden är målet att IVA-patienter ska erhålla lätt sedering om det inte finns en orsak till djupare sedering. Djupare sedering (t ex svår ARDS) är associerat med längre tider i ventilatorn, längre tid på IVA och ökat förekomst av kognitiv dysfunktion. Önskad sederingsnivå ska ordinerars, bedömas, dokumenteras och utvärderas löpande. Sederingsmål får ställas mot behov av mobilisering.

## Ordinationsrutiner/ Ansvarsfördelning

Läkare: ordinerar vilka läkemedel inklusive start- och maxdos samt sederingsmål hos alla patienter med ventilatorbehandling (noninvasiv/invasiv)

Sjuksköterska: titrerar dos till avsedd effekt, ansvarar för bedömning och dokumentation enligt RASS vid början av varje arbetspass och sedan fortlöpande var fjärde timme. Vid läkemedelsjustering eller instabil patient kontrolleras RAAS varje till varannan timma.

Undersköterska: bedömer och dokumenterar RAAS med sjuksköterskan.

- Sederingen bör stängas av/minskas dagligen efter morgontoalett tills patienten visar tecken på vakenhet.
- Spontanandningsförsök bör eftersträvas men beroende på sjukdomstillståndet.
- Smärta ska mätas, förebygga och behandla. Hos vakna patienter enligt VAS/NRT skala. Hos sederade enligt CPOT.
- Patienterna bör screenas regelbundet för delirium med skattningsskalor, t ex Nu-DESC

## Dokumentation

Planerade sederingsmål dokumenteras skriftligt bland på ordinationsmålen på IVAs övervakningslista. Uppnådda RASS-nivåer dokumenteras skriftligt på

framsidan av IVAs övervakningslista två gånger per arbetspass. Mätning för smärta samt screening för delirium bör dokumenteras.

## Icke farmakologisk behandling

- Kommunikation. Skapa tillit. Berätta vad som görs, förväntat sjukdomsförlopp och dagens planering
- Bibehållen dygnsrytm med aktivitet, vila och nattsömn
- Samordning av vårdaktiviteter och minimering av störande ljud
- Beröring som visar igenkännande, trygghet och empati
- Närstående som medverkar i vården i möjligaste mån och uppmuntras att tala/beröra

## Farmakologisk behandling - sederingsalternativ

*Förväntad långvarig respiratorbehandling* (t ex svår ARDS)

Inf. Fentanyl 50 µg/ml 0,5–2 µg/kg/t dvs 50–200 µg/timme

+

Inf. Propofol 20 mg/ml starta infusion med 1–3 max 4 mg/kg/t

Om RASS för högt



Uteslut åtgärdbara orsaker till smärta, obehag såsom lufthunger, inadekvat respiratorinställning, obekvämt läge

Tillägg:

Inj. Catapresan 75 µg/ml vb. Bolus 75 µg, max 150 µg x 4

Alt.

Inf. Catapresan se rutin: [Klonidin \(Catapresan\) - Intensivvård](#)

Förväntad respiratorbehandling ≤ 3 dygn och/eller inför extubation

Inf. Ultiva (remifentanyl) 50 µg/ml starta infusionen med 0,1–0,15 µg/kg/min, kan ökas till 0,2 µg/kg/min

+

Inf. Propofol 20 mg/ml starta infusion med 1–3 max 4 mg/kg/t

Om RAAS för högt



Uteslut åtgärdbara orsaker till smärta, obehag såsom lufthunger, inadekvat respiratorinställning, obekvämt läge.

Tillägg:

Inj. Catapresan 75 µg/ml vb. Bolus 75 µg, max 150 µg x 4

Alt.

Inf. Catapresan se rutin: [Klonidin \(Catapresan\) – Intensivvård](#)

#### Vid svår cirkulatorisk instabilitet eller svår obstruktivitet

Inf. Ketamin 5mg/ml 0,1–0,2 mg/kg/t kan användas som tillägg till lågdos Propofol 0,5–1 mg/kg/t

#### Vid stabila, men oroliga patienter eller under urträning eller NIV beh

Inf. Dexdor (dexmedetomidin) 0,2–1,4 µg/kg/t se rutin: [Dexmedetomidin \(Dexdor\) – Intensivvård](#)

Eller

Inf. Catapresan 15µg/ml 3–5 ml/t

## Urträning

Catapresan får ej sättas ut plötsligt, trappas ner över tid.

Vid dos  $\geq 600$  µg/dygn högrisk för re-bound hypertension. Å andra sidan lång halveringstid på 10 h som förlängs vid njursvikt.

Propofol kan sättas ut direkt.

Dexdor kan sättas ut direkt.

Fentanyl trappas ut över tid helt eller byts ut till Ultiva.

Ultiva trappas ut gradvis med att minska infusionstakten med 25% var 10:e minut till 0,05–0,1µg/kg/min under cirka en timme. Man kan extubera under pågående infusion och fortsätta minska 25% var 10:e minut tills utsättning.

Möta upp med en annan opioid morfin/oxynorm minst 20–30 minuter innan utsättning.

## Opioidanvändning

Ingen opioid har i kliniska studier än så länge visat sig överlägsen andra i användning på blandade IVA-patienter oavsett endpoint. Bruket av enskilda opioider styrs av lokala traditioner och användningsvanor.

Det bör dock ske en *opioidrotation*, då receptoraktivering skiljer sig och toleransutvecklingen är inte detsamma.

Fentanyl max 1 vecka



Remifentanil max 3 dagar



alfentanil/morfin/oxykodon iv. alt. oralt.

Remifentanilanvändning som är längre än 3 dagar ökar risken för takyfyaxi och hyperalgesi.

## Procedursmärta

Beteendeskolor, vakenhetsgrad och fysiologiska parametrar som t ex andningsfrekvens, puls och blodtryck är till hjälp när det gäller att försöka förstå om patienten behöver smärtlindring.

### Mål

VAS  $\leq$  4

CPOT  $<$ 3

Förebygga dvs pre-proceduralgesi 5 minuter innan proceduren (sugning, vändning, byte av tubläge, infarter, skopier, undersökningar)

Om patienten står på Ultiva gör kortvarig höjning till 0,25–0,75  $\mu$ g/kg/min. Ej bolus.

Inj. Rapifen 0,5mg/ml 1–2 ml iv.

Inj. Morfin/Oxycodon 2–10 mg iv. OBS! ge i tid

Mixtur/Kapsel Oxynorm 5–10 mg

Inj. Catapresan 45–75  $\mu$ g vb. förstärker opioideffekten

### Behandla

Paracetamol 1g x 4 helst via sonden, annars iv. Om ingen kontraindikation

Titra opioid till lägsta effektiva dos

Vid misstänkt neuropatisk smärta överväg Gabapentin

Tilllägg Ketamin (opioidsparande) till kirurgiska patienter

## Nattsömn

Sömn och dygnsrytm är ofta störda hos kritiskt sjuka patienter. Sömnbrist ökar risken för IVA-delirium och påverkan på kognitiva funktioner på kort och lång sikt.

*Bensodiazepiner och Propofol stör det normala sömnmönstret, speciellt djupsömnen. "Farmakologisk sömn" gör inte någon bevisad nytta, varför nattsedering med Propofol bör undvikas så långt som möjligt.*

Rekommenderas att följa natt läkemedelsregim för alla patienter

20.00 T.Circadin 4–8 mg

Ev. T.Propavan 25 mg 1–2 tn (ges senast kl.20, halveringstid 8 tim)

22.00 T.Zopiklon (T.Imovane 5–15 mg). Kan upprepas under natten.

00.00 Inf. Dexdor och/eller Zopiklon till.

06.00 Återställ sedering till gårdagens nivå

Tilllägg läkemedel:

T.Mirtazapin 15–30 mg tn.

T.Oxascand 5–15 mg vb.

Känd ångest och/eller missbruksproblematik behöver ofta tillägg av bensodiazepin till övrig sedering

## Delirium

IVA-delirium är ett akut insättande förvirringstillstånd med fluktuerande förlopp. En akut hjärndysfunktion som är en vanlig komplikation hos IVA-patienter.

Hyperaktiv form – vanligast, med omedgörlighet, psykisk och motorisk orolighet, mycket känslor och hallucinationer. Våldsamhet kan förekomma.

Hypoaktiv form – svårare att upptäcka, kan misstolkas som depression.

Sämre prognos.

Blandform.

Riskfaktorer:

- *Bakgrund*  
Hög ålder, demens, missbruk, psykiska sjukdomar, stroke
- *Akut sjukdom*  
Svår sjukdom med hypoxi, hypotoni, chock, smärta
- *Omgivningsfaktorer*  
Immobilisering, obekant ljus, ljud och miljö
- *Läkemedel*  
Bensodiazepiner, antikolinergika, kortison

#### Förebygga delirium är bästa behandling:

- **Sedering**  
Eftersträva lätt sedering (RAAS 0- -2). Koma, även läkemedelsinducerad (tung sedering), ökar risken för delirium och är associerat till längre vårdtid. Hos patienter som kräver sedering minskar dexmedetomidin risk för delirium jämfört med midazolam. Välgjorda jämförelser mellan dexmedetomidin och propofol saknas.
- **Mobilisering**  
Tidig mobilisering minskar både incidens och duration av delirium.
- **Smärta**  
God smärtlindring. Svår obehandlat smärta ökar risk för delirium. Opioider är förstahandsval vid svår smärta.
- **Abstinens**  
Observans på tidigare beroende av t ex bensodiazepiner, alkohol eller opioider. Bensodiazepiner ges vid alkoholabstinens.
- **Sömn**  
Minimera störningar nattetid, sömntabletter vb.

#### Behandling av delirium

- Ingen läkemedelsbehandling har visats minska duration av delirium
- **Haldol (haloperidol)** dopaminantagonist är förstahandsmedel vid agitation. Ges i bolusdoser om 2mg till effekt (max 10mg), lämplig dos kan uppdelas x 3 iv/p.o. (max 20mg/dygn). OBS! äldre, leversvikt, lång halveringstid på 20 timmar, ge max 1–2 dagar. KI: lång QT-tid. Extrapyramidala dyskinesier.
- Nyare ”atypiska” neuroleptika används ibland vid delirium, men är andrahandsmedel.
- **Zyprexa (olanzapin)** slammas upp i vatten och ges i sonden eller tas upp i munslemhinnan. T. Zyprexa 10–15 (20) mg x 1. Lägre dos till äldre patienter.

- Quetiapin (seroquel) har mest sederande effekt. Kan användas även profylaktiskt på patienter med hög risk för IVA-delirium och som behandling. KI: leversvikt. T. Quetiapin 12,5–25 mg p.o. max 50 mg/dygn.
- Risperdal (risperidon) vid allvarliga orostillstånd/psykos hos äldre. Kan ge obstipation/urinretention. T. Risperdal 0,5 mg x 2. Max 4 mg/dygn.
- Vid ökad risk för ”Torsades de pointes” bör neuroleptika ej ges.
- Vid behov av tyngre sedering ges infusion av Dexdor i första hand eller propofol

## Peroral sedering

Kan övervägas tidigt för att minska de negativa effekterna av kontinuerlig tillförsel av analgetika/sedativa, speciellt om det förväntas långvarig respiratorbehandling.

T. Atarax 10 eller 25 mg. Mixt. Atarax 2mg/ml x 2–3. Dosering 2,5 mg/kg/dygn

T. Catapresan 75 µg x 2–4

T. Oxascand 10–25 mg x 3–4

T. Temesta 0,5 mg x 2–3, alt. munlöslig (licenspreparat). Maxdos 6 mg/dygn. Lorazepam, bensodiazepin med obetydlig kumulativ risk. Halveringstid 12 timmar, inga aktiva metaboliter.

## Extra tips för sedering

### Dexmedetomidin

- Har milda analgetiska och sedativa egenskaper, mindre hemodynamisk påverkan och kortare halveringstid jämfört med catapresan.
- Kombination med Remifentanil är möjlig men risken för bradykardi ökar.
- Insättning rekommenderas vid urträning, mobilisering, nattsömn om andra farmaka inte hjälper och i delirium i väntan på antipsykotikas effekt.
- I en efteranalys av SPICE III-studien ses ökad mortalitet vid användning av dexmedetomidin till patienter <65 år av inte helt klarlagda orsaker. Vid användning i denna grupp bör det finnas en tydlig klinisk nytta med att sätta in behandlingen.

- Planeras längre tids behandling >1–2 dygn med  $\alpha$ 2-agonist väljs med fördel catapresan.

#### *Midazolam*

- Rekommenderas inte rutinmässigt i dagsläge till patienten med invasiv ventilation. Nackdelar med ökad risk för översedering som försvårar tidig mobilisering och förlänger IVA-vården.
- Gravyt hemodynamisk instabila patienter tål sällan propofol, då räcker det ibland med att bara använda en opioid, ev tillägg med ketamin. Sista val kan midazolam vara indicerat i undantagsfall trots ökad risk för delirium.
- Vid alkohol- och bensodiazepinabstinens kan catapresan prövas i första hand samt Oxascand-schema. Midazolam endast som intermitterande injektion kan vara indicerad för sedering. Ej för kontinuerlig tillförsel.
- Om midazolam används ska byte till annat preparat ske så snart som möjligt och i god tid före ”väckning”.

#### *Uttalad respiratorisk instabilitet (t ex svår ARDS)*

- Dessa patienter behöver ofta djup sedering t ex fentanyl (och ibland muskelrelaxantia) för att underlätta respiratorns funktion, minska stress/metabolism samt undvika iatrogen skada på lungorna.

#### *”Wake upp call” WUC*

- Extra viktigt för patienter med svår njursvikt, leversvikt och kraftig obesitas.

## Bilaga 1. Parenteral farmakologisk behandling

Namn	Egenskaper
PROPOFOL (anestetikum)	Standardpreparat för sedering vid invasiv ventilation. Om inget uttalat smärttillstånd föreligger utöver invasiv ventilation räcker vanligen 1mg/kg/t ( $\approx$ 3,5 ml/t till en 70 kg patient) när sederingen kombineras med lågdos remifentanil/fentanyl. Bolusdoser vb. OBS! hemodynamisk instabil patient. Pga risken för PRIS (propofol infusion syndrom) ska inte propofol ges i högre doser än 4 mg/kg/t annat än i samband med anestesi.
DEXMEDETOMIDIN (selektiv $\alpha$ 2-receptoragonist)	Minskar noradrenalinfrisättningen (minskar sympatikuspåslaget), vilket leder till sederande och ångstdämpande effekter. Blockering av smärtimpulser på spinal nivå ger en viss smärtlindrande effekt. Får övervägas som alternativ till propofol tillsammans med opioid eller som enda sedering om inga svåra smärtor. Minskar ångest och oro utan större respiratorisk påverkan och kan med fördel användas vid NIV-ventilerad patient. Dosintervall 0,2-1,4 $\mu$ g/kg/t. Bolusdoser ges ej. Halveringstiden 90 minuter. OBS! Leversvikt minskar clearance. Se styrdokument <a href="#">Dexmedetomidin (Dexdor) - intensivvård</a>
KLONIDIN ( $\alpha$ 2- receptoragonist)	Blodtryckssänkande och mindre sederande (jämfört med Dexdor) egenskaper. Användbart som tillägg till annan sedering och som behandling vid avveckling av opiattillförsel. Halveringstiden varierar mellan 10-20 h. Vid kontinuerlig infusion under flera dagar bör en successiv uttrappning ske. OBS! Abrupt utsättning vid höga doser kan ge re-bound effekt med svår hypertoni och allmän oro.
REMIFENTANIL (selektiv $\mu$ -opioidagonist)	Se Styrdokument <a href="#">Remifentanil (Ultiva) - intensivvård</a> . Kortverkande opioid med snabbt tillslag, får ej ges som bolus. Biverkningar i form av bradykardi, apné, muskelrigiditet. Halveringstiden 3-10 min.
FENTANYL (opioid)	Högpotent opioid. Lämplig dos int. 0,5–2 $\mu$ g/kg/t. Boluser 50-100 $\mu$ g vid smärtgenombrott/procedural smärta. Andningsdepressiv. Används med fördel vid hemodymanisk instabilitet. Ackumulering ju längre tid infusionen pågår samt vid leversvikt. Endast till invasiv ventilerad patient.
KETANEST (anestetikum)	Se styrdokument <a href="#">Ketanest (esketamin) – anestesi</a> Vid cirkulatorisk instabilitet eller toleransutveckling mot opioid. Svagt

	bronkodilaterande. KI: preeklampsi/eklampsi, ökat ICP, försiktigt vid ischemisk hjärtsjukdom. Bolus 0,1–0,5 mg/kg. Underhållsdos 0,05–0,4 mg/kg/t.
ALFENTANIL (μ- opioidagonist)	Kortidsverkande. Används mestadels vid procedural smärta. Spontanandning kan i de flesta fall upprätthållas med en dos som inte överskrider 7μg/kg (1 ml/70 kg) och som injiceras långsamt.
MORFIN (narkotisk analgetikum)	Bolusdoser 1-5mg vb. Peakeffekten är relativt lång, minst 10 minuter innan behov, individuell terapeutisk effekt beroende på åldern och tolerans. Aktiva metaboliter vid njursvikt. Ackumulering vid leversvikt.
OXYKODON (naturlig opiumalkaloid)	Förstahandsval vid smärtbehandling om patienten har njursvikt. Metaboliseras via levern.

## Bilaga 2. Bedömning enligt RASS

Observera patienten. Patienten bedöms utifrån en skala från + 4 till – 5.

Om patienten inte är alert, uttala med hög röst patientens namn och uppmana patienten att öppna och titta på talaren. Upprepa en gång om nödvändigt.

Om patienten inte ger respons på tilltal, stimulera patienten fysiskt genom att skaka axlarna. Om responsen uteblir ”gnugga” bröstbenet

<b>Richmond Agitation &amp; Sedation Scale</b>		
<b>Poäng</b>	<b>Beskrivning</b>	
+4	<b>STRIDSLYSTEN</b>	Uppenbart stridslysten eller våldsam, direkt fara för personal
+3	<b>MYCKET AGITERAD</b>	Drar i eller drar ut tub/kateter eller har ett aggressivt beteende mot personal
+2	<b>AGITERAD</b>	Frekventa oavsiktliga rörelser eller dålig följsamhet med ventilator
+1	<b>RASTLÖS</b>	Ängslig och orolig men ej aggressiva eller kraftfulla rörelser
0	<b>ALERT OCH LUGN</b>	
-1	<b>SLÖ</b>	Ej helt alert men upprätthåller (mer än 10 s) vakenhet med ögonkontakt vid tilltal
-2	<b>LÄTT SEDERAD</b>	Kortvarig (mindre än 10 s) vakenhet med ögonkontakt vid tilltal
-3	<b>MÅTTLIG SEDERAD</b>	Någon form av rörelse (men ingen ögonkontakt) vid tilltal
-4	<b>DJUPT SEDERAD</b>	Ingen respons vid tilltal men någon form av rörelse vid fysisk stimulering
-5	<b>EJ VÄCKBAR</b>	Ingen respons vid tilltal eller fysisk stimulering

Förändringar i medvetandegraden kan vara ett tecken till IVA-delirium och dokumentation av RASS-grad är ett hjälpmedel för att upptäcka IVA-delirium. Vid RASS -4 och -5 kontrolleras smärtstimuleringen genom att se helheten hos patienten, t ex reaktion på sugning, vid vändning etc. Man gör ingen specifik smärtstimulering.

## Bilaga 3. Smärta mätinstrumentskalor: VAS/NRT, CPOT/BPS.

### Kommunicerbar patient

VAS: Visuell Analog Skala. Patienten skattar sin smärta på en VAS-sticka. Poängen avläses på baksidan där 0 = ingen smärta och 10 = värsta tänkbara smärta.

NRS: Numerisk Skala. Patienter skattar sin smärta muntligt på en skala mellan 0–10 där 0 = ingen smärta och 10 = värsta tänkbara smärta.

VAS/NRS > 4, patienten behöver smärtlindring

### Icke kommunicerbar patient

Bedöma och behandla smärta på IVA-patienter med nedsatt kommunikationsförmåga och/eller nedsatt kognitiv förmåga är en uppmaning. CPOT är ett enkelt och beprövat smärtuppskattningsinstrument.

**CPOT (Critical pain observation tool)/ Behavioral pain scale.**

**CPOT > 3, tolkas att patienten har smärta**

Tecken	Beskrivning	Poäng
<b>ansiktsuttryck</b>	avslappnat, neutralt	0
	spänt	1
	grimaserar	2
<b>kroppsrörelser</b>	rör sig inte	0
	skyddande	1
	rastlös	2
<b>muskeltonus</b> (bedöms vid passiv böjning och sträckning av övre extremiteter)	avslappnad	0
	spänd, stel	1
	mycket spänd eller stel	2
<b>följsamhet med ventilator</b> intuberad patient	tolererar/andas med ventilator	0
	hostar med ventilator	1
	andas mot ventilator	2
<b>ljud:</b> verbala/icke verbala	talar i normal ton eller tyst	0
	suckar, jämrar sig	1
	gråter högljutt, snyftar	2
<b>Poäng totalt</b>		<b>0-8</b>

## Bilaga 4. Delirium skattning – Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale)

Svenska versionen av Nu-DESC

<b>Desorientering/förvirring</b>	Verbala eller beteendemässiga symtom som tyder på att personen inte är orienterad till tid och rum eller förväxlar en person med en annan eller feltolkar personerna i omgivningen
<b>Inadekvat beteende</b>	Inadekvat beteende i relation till situationen, t ex personen drar ut kanyler, katetrar eller tar bort förband eller försöker ta ur sig ur säng när det är kontraindicerat
<b>Inadekvat kommunikation</b>	Inadekvat kommunikation i relation till situation: t ex osammanhängande, obegripligt eller meningslöst tal
<b>Illusioner/hallucinationer</b>	Hallucinationer, ser eller hör saker som inte existerar; feluppfattning/misstolkning eller förvanskning av synintryck
<b>Psykomotorisk förlångsammad</b>	Fördröjd reaktion, få eller inga spontana reaktioner eller svar; t ex när man stimulerar patienten får man ingen reaktion (ej väckbar) och/eller reaktionen är mycket fördröjd

Nu-DESC poäng  $\geq 2$  tolkas som delirium

Hur man kodar de 5 symtomen:

0 = symtomet förekommer aldrig under arbetspasset

1 = symtomet förekommer under någon del av arbetspasset, men av lindrig grad

2 = symtomet förekommer under någon del av arbetspasset och var mycket uttalande eller störande

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VO3 Anestesi Operation Intensivvård

**Innehållsansvar:** Henrieta Jidbratt, (henko2), Överläkare

**Granskad av:** Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

**Godkänd av:** Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9696-242963441-166

**Version:** 4.0

**Giltig från:** 2026-01-06

**Giltig till:** 2027-12-29