

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska,
Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning
Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-07

Giltig till: 2027-11-07

Omvårdnad - Prevention, bedömning och behandling av smärta, agitation/oro, delirium, sömnrubbingar och immobilisering – screening och icke-farmakologiska aspekter

Förändringar sedan föregående version

250704 Ny rutin

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	2
Smärta.....	3
Oro/Agitation	4
Delirium.....	5
Sömnrubbingar	6
Immobilisering	7
Richmond Agitation and Sedation Scale – RASS.....	10
Nu-DESC.....	11

Bakgrund och syfte

Smärta i vila, vid mobilisering och vid procedurer, agitation och oro, delirium, sömnrubbningar och immobilisering är vanliga problem hos intensivvårdspatienter. Adekvat bedömning och behandling av dessa symtom är centralt då det inte bara ökar patientens välbefinnande utan även påverkar outcome i form av mortalitet, tid på IVA och återinläggning.

De så kallade kallade PADIS-guidelines (Clinical Practice Guidelines for the prevention and management of **P**ain, **A**gitation/**S**edation, **D**elirium, **I**mmobility, and **S**leep Disruption in Adult Patients in the ICU) som publicerades senast 2018 med en "focused Update 2025 ligger till grund för denna rutin. PADIS-Guidelines ligger också till grund för den så kallade "ICU liberation bundle (A-F) som Society of Critical Care Medicine skapat med målet att förbättra implementeringen av de viktiga elementen i riktlinjerna.

Bedömning och handläggning av smärta, agitation/oro, delirium, sömnrubbningar och immobilisering på IVA går ihop och bör därför ses utifrån ett helhetsperspektiv. Handläggningen består i grunden av tre delar:

1. strukturerad bedömning/screening av symtom
2. icke-farmakologisk behandling
3. farmakologisk behandling

Den här rutinen fokuserar på punkt 1 och 2 ovan och riktar sig till hela teamet kring patienten. Huvudansvaret för genomförande av screening och icke-farmakologisk behandling faller i stor utsträckning på IVA-sjuksköterska, undersköterska och fysioterapeut. Ytterligare en rutin fokuserar på farmakologisk behandling där läkaren har huvudansvaret i dialog med i första hand ansvarig sjuksköterska men även andra i teamet runt patienten.

Utvärdering och planering av åtgärder sker under rond på förmiddagen och kompletteras vid behov under rond på em. Dokumentation sker på dygnskurvan alt CCC samt i Melior under aktuellt sökord.

Smärta

Upplevelse av smärta är vanligt hos IVA-patienter, både i vila och vid procedurer (vändning, såromläggning, drändragning, inläggning av katetrar mm).

Smärtskattning bör göras regelbundet och både farmakologisk och icke-farmakologisk behandling utgör en viktig grund i intensivvård

Screening

Flera skalor används för smärtskattning där Numerisk skala (Numeric Rating Scale, NRS) eller Visuellt analog skala (VAS) oftast är de som används på vakna patienter. Smärtskattning hos sövda eller medvetandepåverkade patienter görs med "Critical Care Pain Observation Tool", se bilaga. Skattning ska göras 1 gång/pass samt vid behov. Resultat av skattning dokumenteras på IVA-kurvan/CCC och diskuteras på rondan. VAS ≥ 3 eller CPOT ≥ 3 poäng talar för otillräcklig smärtlindring

Icke-farmakologisk behandling

1. Avslappning och distraktion – avslappningstekniker i relation till andning och i kombination med opioider har visat god effekt på procedurrelaterad smärta exempelvis i samband med drändragning.
2. Information/utbildning
3. Beröring/massage – även om resultaten från studier delvis är svårbedömda har beröring/massage visat effekt på postoperativ smärta och finns med i guidelines.
4. Musik – har i studier visat effekt på både vilosmärta och procedurrelaterad smärta
5. Närvaro av anhöriga

Farmakologisk behandling

Se rutin [Prevention, bedömning och behandling av smärta, agitationoro, delirium, sömnrubbnings och immobilisering på IVA – farmakologiska aspekter.pdf](#)

Oro/Agitation

Sederande läkemedel ges ofta till patienter på intensivvården för att minska oro, ångest och stress i samband med exempelvis mekanisk ventilation. Flera av våra sederande läkemedel har tydliga baksidor med risk för förlängd tid i ventilator och på IVA samt potentiellt ökad risk för delirium. För att undvika eventuella negativa effekter är det viktigt med utvärdering av sederingsgrad och noggrann titrering av läkemedel utifrån ett sederingsmål

Sederingsgrad

Sederingsgrad/vakenhet/agitation ska bedömas 1 gång/pass. Bedömningen görs med hjälp av Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), se bilaga, och ska inte förväxlas med bedömning av medvetandegrad vid neurologisk utvärdering vilket görs med Glasgow Coma Scale (GCS) eller Reaction Level Scale (RLS). Nivån enligt RASS dokumenteras på IVA-kurvan och diskuteras i samband med rond.

Sederingsmål

Det finns situationer som kräver djup sedering såsom exempelvis högt ICP hos skallskadade patienter, uttalad respiratorisk svikt med behov av lungprotektiv ventilation, intuberade patienter med svår luftväg etc.

För den ”generella” IVA-patienter rekommenderas dock ytlig sederingsnivå till patienter i respirator då det har visat sig korta tiden till extubation och minska behovet av tracheostomi. Ytlig sedering definieras som RASS -2 till 0, se ovan. Sederingsmål sätt i samband med rond och dokumenteras på IVA-kurvan/CCC. Kontinuerlig monitorering av sederingsnivå och titrering av sederande läkemedel är fundamentalt för att undvika översedering med risk för förlängning av mekanisk ventilation och tid på IVA. Eftersom djup sederingsnivå har tydliga baksidor och endast ska användas i särskilda situationer, ska det aktivt ordinerats av ansvarig läkare och inte appliceras rutinmässigt.

Delirium

Delirium definieras som akut påkommen cerebral dysfunktion med en förändring eller fluktuation i mentalt status med antingen kognitiv påverkan eller förändrad medvetandegrad.

Risken för delirium ökar vid ökad ålder, demens, allvarligare sjukdom, akut trauma eller akut operation, transfusioner samt behandling med bensodiazepiner.

Screening

Enligt gällande guidelines ska patienter på IVA regelbundet screenas för delirium. I Sverige används framför allt CAM-ICU eller Nu-DESC för screening och skattning av delirium och på CIVA och NIVA ska IVA-patienter screenas med hjälp av Nu-DESC en gång per pass. I Nu-DESC bedöms 5 olika områden med max 2 poäng/område (totalt max 10 poäng), se bilaga. Total poäng >2 innebär att patienten visar tecken på delirium. Nu-DESC dokumenteras på IVA-kurvan/CCC och tas upp i samband med rond. Högt eller ökande poäng på Nu-DESC bör i första hand föranleda en multimodal behandling av smärta, agitation/oro, sömnrubbingar mm enligt nedan och endast i utvalda fall medföra farmakologisk behandling med antipsykotika.

Icke-farmakologisk behandling

Guidelines rekommenderar en strategi där man arbetar med flera icke-farmakologiska komponenter för att förebygga samt förkorta delirium. Strategin omfattar åtgärder på alla områden som inkluderas i denna rutin:

1. God smärtlindring, se avsnitt om ”Smärta”
2. Ytlig sedering – se avsnitt om ”Agitation/oro”
3. Optimera sömn och bibehåll dygnsrytm – se avsnitt om ”Sömnrubbingar”
4. Tidig mobilisering – se avsnitt om ”Immobilisering”
5. Re-orientering – ex klockor lätt synlig för patienten, syn-/hörsel-hjälpmiddel
6. Närvaro av anhöriga
7. Minimera antalet katetrar/sladdar
8. Musikintervention

Sömnrubbingar

Sömnrubbingar är vanligt hos IVA-patienter och innebär ofta fragmenterad sömn, ökad mängd ytlig sömn samt ökad mängd sömn dagtid. Många faktorer påverkar sömnen på IVA såsom ljud och ljus, täta kontroller (ex neurokontroller 1 g/h), omvårdnadsrutiner, läkemedel (sedativa), smärta och stress, sjukdomen som är orsaken till IVA-vården (ex sepsis) och mekanisk ventilation. Direkta konsekvenser av sömnstörningar är svåra att helt säkerställa då sömnstörningar samvarierar med många andra faktorer. Sömnbrist har dock i studier kopplats till ökad förekomst av delirium, försämrat andningsarbete, kognitiv påverkan, ökat katekolamin- och kortisolpåslag samt nedsatt insulinkänslighet.

Dokumentation

Sömnstatus dokumenteras på dygnskurvan och bedömning av sömnkvalite och längd dokumenteras i Melior under sökord, "Sömn". Dokumentationen är viktig för att utvärdera och eventuellt omvärdera behov av icke-farmakologiska och farmakologiska åtgärder. Utvärdering och planering av åtgärder görs dagligen i samband med rond.

Åtgärder

För att optimera sömn nattetid och hjälpa patienten att bevara dygnsrytmen rekommenderar guidelines en kombination av flera åtgärder:

1. Adekvat behandling av smärta och oro/agitation, se respektive avsnitt.
2. Reduktion av ljud och ljus nattetid har visat effekt på sömnkvalitén.
Exempelvis sänkt volym på larm, minskad belysning i patientrummen inkl nattbelysning på pumparna, lägre samtalsnivå, undvik arbete med hög ljudnivå inne på salen nattetid (ex öppning av infusionsvätskor, start av sköljen etc). Till vakna patienter ska öronpluggar och sovmask erbjudas.
3. Säkerställ att patienten ligger bekvämt och är lagom varm. Efterfråga om möjligt önskad sovställning.
4. Ökat respiratorstöd nattetid. Enstaka studier har visat att kontrollerad ventilation under natten kan bidra till förbättrad sömn. Detta får vägas mot vikten av att behålla understödd ventilation som del i urträning från ventilatorn men kan övervägas till patienter med sömnstörningar som kan relateras till krävande andningsarbete.
5. Mobilisering dagtid, se avsnitt om immobilisering
6. Planering av omvårdnadsåtgärder för att minska störningar nattetid ex undvik tvättningar av vakna patienter eller förbandsbyte/omläggningar, planera vändningar för att främja sammanhängande sömn.
7. Farmakologisk behandling, se rutin "Prevention, bedömning och behandling av smärta, oro, agitation, sömn och immobilisering - farmakologiska aspekter"

Immobilisering

Muskelsvaghet är vanligt hos IVA-patienter och är kopplat till ökad mortalitet och förlängd tid på sjukhus. Vid mekanisk ventilation > 48 h ses relativt omgående påverkan på skelettmuskulatur. Tidig mobilisering kan inte helt motverka muskelsvaghet som ofta är en del i sjukdomsprocessen men har visat sig kunna förkorta tiden på sjukhus och förbättra funktionen vid utskrivning.

Guidelines rekommenderar intensifierad mobilisering av IVA-patienter definierat som mobilisering mer än det som ingår i vanlig omvårdnad. Exempel kan vara tidig introduktion av mer aktiv träning med såsom att sitta på sängkanten/combilizer, sängcykling, strukturerad träning en-två gånger dagligen mm.

Tidig mobilisering på IVA är inte helt riskfri då man i enstaka studier sett en något ökad risk för arytmier, blodtrycksfall, desaturation och ökad smärta. **Graden av mobilisering ska därför alltid individualiseras och bedömning inför mer aktiv träning göras tillsammans med sjukgymnast/fysioterapeut.**

Mekanisk ventilation eller pågående vasopressorbehandling kontraindicerar inte att mer aktiv mobilisering initieras men patienten bör vara respiratoriskt, cirkulatoriskt och neurologiskt stabiliserad med dessa terapier pågående.

För att optimera möjligheterna till tidig mobilisering är adekvat behandling av smärta, yttlig sedationsgrad och sömnoptimering viktiga aspekter, se aktuella avsnitt tidigare i rutinen.

Planering

1. I samband med rond diskuteras vad som kan göras för att optimera mobilisering, ex avlägsnande av slangar/katetrar, förändrad behandling av smärta, oro/agitation, sömnsvårigheter mm.
2. Aktiv mobilisering utöver det som ingår i sedvanlig omvårdnad planeras tillsammans med sjukgymnast.
3. Utförd mobilisering dokumenteras på dygnsjournalen och i Melior och utvärderas tillsammans med sjukgymnast/fysioterapeut och i samband med rond.

Referenser

1. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C et al (2018) Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Crit Care Med 46:e825–e873.
2. [ICU Liberation Bundle \(A-F\) | SCCM](#)
3. Lewis K, Balas M C, Stollings J L et al (2025) A Focused Update to the Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Anxiety, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med 2025 Feb 21.

Granskare

Jane Hayden, Överläkare AnOpIva, SU

Jakob Holmqvist, Överläkare AnOpIva, SU

Linda Moberg, Fysioterapeut, SU

Louise Földi Danielsson, IVA-Sjuksköterska CIVA, SU

Linda Lejon, Instruktör NIVA, SU

Ann-Sofie Brandén, Instruktör CIVA, SU

Lotta Börjesson, Instruktör CIVA, SU

Bilagor – screening-och bedömningsinstrument

CPOT – Critical Care Pain Observation Tool

Tecken	Beskrivning	Poäng
Ansiktsuttryck	Ingen observerad muskelspänning	Avslappnat, neutralt 0
	Rynkar pannan, rynkar ögonbrynen, kniper något med ögonen, rynkar näsan och drar upp överläppen/drar ihop ansiktet	Spänt 1
	Samtliga ovanstående ansiktsuttryck samt hårt ihopknipna ögon	Grimaserar 2
Kropps rörelser	Rör sig inte alls (behöver inte nödvändigtvis betyda avsaknad av smärta)	Rör sig inte 0
	Långsamma försiktiga rörelser, tar på eller masserar smärtområdet, söker uppmärksamhet genom rörelser	Skyddande 1
	Drar i endotrakealtuben/trakealkanylen, försöker sätta sig upp, rör armar/ben på ett våldsamt och okontrollerat sätt, följer ej uppmaningar, slår mot personal eller försöker ta sig ur sängen	Rastlösa 2
Muskeltonus	Inget motstånd vid passiva rörelser	Avslappnad 0
Bedöms vid passiv böjning och sträckning av övre extremiteter	Motstånd vid passiva rörelser	Spänd, stel 1
	Kraftigt motstånd vid passiva rörelser, oförmåga att fullfölja dem	Mycket spänd eller stel 2
Intuberade patienter: Följsamhet med ventilator	Inga larm aktiveras, lättventilerad	Tolererar/andas med ventilatorn 0
ELLER	Larmen slutar spontant	Hostar men tolererar 1
Icke intuberade patienter: Ljud verbala/icke verbala	Osynkroniserad; andas mot ventilatorn, frekventa larm	Andas mot ventilatorn 2
	Talar i normal ton eller är tyst	Talar i normal ton/är tyst 0
	Suckar, jämrar sig	Suckar, jämrar sig 1
	Gråter högljutt, snyftar	Gråter högljutt, snyftar 2
Poäng totalt (0 – 8)		

Richmond Agitation and Sedation Scale – RASS

Nivå	Nyckelord	Beskrivning
+ 4	Stridslysten	Uppenbart stridslysten eller våldsamt; direkt fara för personal.
+ 3	Mycket agiterad	Drar i eller drar ut tub eller katetrar; har 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 >10 sek vakenhet med ögonkontakt vid tilltal
- 2	Lätt sederad	Kortvarig < 10 sek 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

Nu-DESC

Område	Beskrivning	Poäng
Desorientering/ förvirring	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	
Inadekvat beteende	Inadekvat beteende i relation till situationen; t ex personen drar ut kanyler, katetrar eller tar bort förband eller försöker ta sig ur säng när det är kontraindicerat.	
Inadekvat kommunikation	Inadekvat kommunikation i relation till situation; t ex osammanhängande, obegripligt eller meningslöst tal.	
Illusioner/ hallucinationer	Ser eller hör saker som inte existerar; feluppfattning/misstolkning eller förvanskning av synintryck.	
Psykomotorisk förlångsammnin	Fördröjd reaktion, få eller inga spontana reaktioner eller svar; till exempel när man stimulerar patienten får man ingen reaktion (ej väckbar) och/eller reaktionen är mycket fördröjd	
Poängsumma		
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 uttalat eller störande		

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska, Neurointensivvårdsavdelning, Central
intensivvårdsavdelning

Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-3516

Version: 3.0

Giltig från: 2025-11-07

Giltig till: 2027-11-07