

# RASS - sederings skala

## The Richmond Agitation-Sedation Scale

<b>+4</b>	<b>STRIDSLYSTEN</b>	Våldsam, direkt fara för personalen
<b>+3</b>	<b>MKT AGITERAD</b>	Drar i eller ut tuben/katetrar. Aggressiv mot personal
<b>+2</b>	<b>AGITERAD</b>	Frekventa oavsiktliga rörelser eller dålig följsamhet med respirator
<b>+1</b>	<b>RASTLÖS</b>	Ängslig orolig men ej aggressiv
<b>0</b>	<b>ALERT OCH LUGN</b>	
<b>-1</b>	<b>SLÖ</b>	Ej helt alert men upprätthåller vakenhet vid tilltal, mer än 10s
<b>-2</b>	<b>LÄTT SEDERAD</b>	Kortvarig vakenhet och ögonkontakt vid tilltal, mindre än 10s
<b>-3</b>	<b>MÅTTLIGT SEDERAD</b>	Någon form av rörelse men ingen ögonkontakt vid tilltal
<b>-4</b>	<b>DJUPT SEDERAD</b>	Ingen respons vid tilltal, men någon form av rörelse vid fysisk stimulering
<b>-5</b>	<b>EJ VÄCKBAR</b>	Ingen respons vid tilltal eller fysisk stimulering

För att undvika översedering ska vid varje rond sederingsmål sättas upp, dvs. läkaren anger en RASS-grad som ska eftersträvas och sedan regleras tillförseln av sederande och smärtstillande läkemedel för att uppnå detta.

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 kriterierna i RASS.)

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 10s (poäng -1).

Patienten öppnar ögon och har ögonkontakt, men som ej upprätthålls mer än 10s (poäng -2).

Patienten gör någon form av rörelse som respons på tilltal, men ingen ögonkontakt (poäng -3).

Om patienten inte ger respons på tilltal, stimulera 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).

## Bakgrund

Intensivvårdsbehandling är ofta förknippad med uttalad fysisk och psykisk stress. Patienter som vårdas inom intensivvård drabbas ofta under någon del av sjukdomsförloppet av ångestkänslor, motorisk oro och bristande orientering. Patienten bör vara så vaken som möjligt men samtidigt fri från oro, ångest och smärta. För att kunna genomföra nödvändiga intensivvårdsåtgärder måste patienten ibland tillföras sederande och smärtlindrande farmaka. Dessa läkemedel ska individualiseras både vad det gäller preparatval och dosering.

Överdoserings kan vara svår att upptäcka och för med sig en rad negativa effekter som cirkulationsinstabilitet, rubbad gastrointestinal funktion, försvårad sekretelimination, nedsatt andningskraft, förlängd respiratortid, delirium etc.

Förändringar i medvetandegraden kan vara ett tecken på IVA-delirium och dokumentation av RASS-grad är ett hjälpmedel för att upptäcka IVA-delirium.

För att följa vakenhet och reaktionsgrad vid cerebrala skador är RLS 85 ett lämpligare instrument.

## Dokumentation

Mål för sederingsbehandlingen skall ordinerars och dokumenteras.

Sederingsgrad kontrolleras och dokumenteras på övervakningskurva var fjärde timma, varje till varannan timma vid läkemedelsändringar eller instabila patienter. Under natt och viloperiod skall patient som sover ej väckas för kontroll av sederingsgrad.

RASS -4 till -5, här kontrolleras smärtstimuleringen genom att se på helheten hos patienten. T ex reagerar pat. på sugning, vid vändning etc.

Vi skall inte göra någon specifik smärtstimulering.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Intensivvårdsavdelning Kungälv

**Innehållsansvar:** Anna Berg Olofsson, (annol140),  
Ivasjuksköterska

**Godkänd av:** Christina Bergqvist Grivans, (chrgr6), Överläkare

**Dokument-ID:** SV9761-782711715-310

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2024-11-29

**Giltig till:** 2026-11-28