



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Version: 2.0
Fastställt: 2025-07-04
Gäller från: 2025-08-01

Innehåll

Riktlinje för registrering av omvårdnadsvariablerna smärta, sedering och delirium.....	2
Bakgrund	2
A-F Bundle.....	2
Mätinstrument	2
Smärta.....	2
Urval.....	2
Mätinstrument	3
Uppföljning	3
Undantag för att inte bedöma/skatta.....	3
Registrering	3
Sedering/vakenhet/agitation	4
Urval.....	4
Mätinstrument	4
Undantag för att inte bedöma/skatta.....	5
Registrering	5
Delirium	5
Urval.....	5
Mätinstrument	6
Undantag för att inte bedöma/screena.....	6
Registrering	6
Tabell över indikator, mätinstrument och åtgärder	8
Referenser.....	9
Ändringshistorik.....	11

Riktlinje för registrering av omvårdnadsvariablerna smärta, sedering och delirium

Bakgrund

Omvårdnad har stor inverkan på vårdens resultat både för den enskilda individen och på mer övergripande nivå. Då mer än 50% av vården består av omvårdnad är det viktigt att systematiskt mäta och utvärdera den omvårdnad som genomförs för att kunna förbättra och utveckla vården.

En god vård förutsätter att vi arbetar i interprofessionella team där flera professioners kompetens samverkar inom omvårdnad. SIR har tagit fram tre variabler: smärta, sedering och delirium för att mäta delar av den omvårdnad som bedrivs. Dessa variabler synliggör både omvårdnadsarbetet och den medicinska behandlingen inom områdena. Smärta, sedering och delirium ingår i A-F Bundle en grupp av evidensbaserade interventioner för att förbättra patientutfallet. A-F Bundle kan minska respiratordagar på IVA samt minska mortalitet.

Riktlinjen följer A-F Bundle genom att mäta, åtgärda och utvärdera de olika åtgärderna. Variabeldata kan användas för att öka kunskap inom omvårdnad och utveckla vårdkvaliteten.

A-F är en bundle och för bäst effekt av den bör man arbeta kring hela konceptet, SIR möjliggör att ta in data för smärta, sedering o delirium.

A-F Bundle

- A. Assess, Prevent and Manage Pain – mäta, förebygga, behandla smärta
- B. Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials – väckningsförsök (Wake-up) och spontanandningsförsök
- C. Choice of analgesia and sedation – val av läkemedel för smärtlindring och sedering
- D. Delirium Assessment, Prevention and Management – delirium skatta, förebygga och behandla
- E. Early Mobility – tidig mobilisering
- F. Family engagement – familj/närståendes delaktighet

Mätinstrument

De valda instrumenten för att bedöma smärta, sedering och delirium är validerade och åtgärderna utgår från A-F Bundle och ett tvärprofessionellt arbete.

Smärta

Urval

Alla patienter ≥ 16 år med vård typ IVA eller TIVA som vårdas på IVA ska smärtbedömmas minst en gång per arbetspass. Smärtbedömningen skall göras i början av varje arbetspass samt på indikation.

Bedömning görs oavsett andra parametrar som t.ex. ventilatorbehandling. Patienten ska ha en vårdtid på ≥ 4 timmar under arbetspasset för att ingå. Arbetspassen är förmiddag, eftermiddag och natt. Flera registreringar kan göras per arbetspass.

Mätinstrument

Tre mätinstrument är validerade för att bedöma smärta hos vuxna intensivvårdspatienter NRS, CPOT och BPS.

NRS-numerisk skala - är ett instrument där smärta skattas på en skala från 0–10 där 0 = ingen smärta och 10 = värsta tänkbara smärtan. Om $NRS \geq 3$ ska även en åtgärd registreras.

CPOT-Critical care pain observation scale - är ett instrument som används för att skatta smärta hos sövda eller medvetandesänkta patienter. CPOT skattar smärta 0–8 poäng där CPOT värde >2 även ska ha en åtgärdsregistrering

BPS-behavioral pain scale – är ett instrument som används för att skatta smärta hos sövda eller medvetandesänkta patienter. BPS skattar smärta 3–12 poäng där BPS >5 även bör ha en åtgärdsregistrering.

Uppföljning

Efter insatt åtgärd ska en ny smärtbedömning genomföras (inom 1 timme från åtgärd). Denna registreras med vilket smärtinstrument som använts samt bedömning.

Undantag för att inte bedöma/skatta

Smärta ska bedömas med undantag av medvetandesänkt patient ($GCS < 10$ eller $RLS85 > 4$), att patienten inte varit närvarande ≥ 4 timmar av passet eller då patienten avlidit.

Orsaken (1.2.2) registreras för att kunna följa bortfall av skattningar. Om det finns någon annan orsak till bortfall, än de nedan angivna, och en registrering därmed inte gjorts så hanteras det som "missing data". Detta ska då anges i rapportfilen till SIR för det aktuella passet och täckningsgrad hanteras i utdataportalen.

Registrering

1. Är smärtskattning gjord? (*ange värde, enval*)

1.1. Ja

1.1.1. Tidpunkt

1.1.2. Bedömning

1.1.2.1. NRS (0–10)

1.1.2.2. CPOT (0–8)

1.1.2.3. BPS (3–12)

1.2. Nej

1.2.1. Datum och pass

1.2.2. Orsak

1.2.2.1. $GCS < 10$, $RLS85 > 4$

1.2.2.2. Ej närvarande ≥ 4 timmar av arbetspasset

1.2.2.3. Avliden patient

Om ja på fråga 1 och $NRS \geq 3$, $CPOT > 2$ eller $BPS > 5$ besvaras fråga 2 till 4

2. Har du gjort omvårdnadsåtgärder? (*flervals*)

2.1. Ja

2.1.1. Massage

2.1.2. Musik

- 2.1.3. Avslappningsteknik
 - 2.1.4. Lägesändring
 - 2.1.5. Värmebehandling
 - 2.1.6. Tens
 - 2.1.7. Annan omvårdnadsåtgärd (Inget av ovanstående)
 - 2.2. Nej
3. Har du gjort läkemedelsåtgärder? (*flervals*)
- 3.1. Ja
 - 3.1.1. Ökning av kontinuerlig tillförsel av analgetika
 - 3.1.2. Bolus av kontinuerlig tillförsel av analgetika
 - 3.1.3. Dos av analgetika som ej ges kontinuerligt
 - 3.1.4. Annan läkemedelsåtgärd (inget av ovanstående)
 - 3.2. Nej
4. Uppföljning (inom 1 timme från åtgärd)
- 4.1. Ja
 - 4.1.1. NRS (0–10)
 - 4.1.2. CPOT (0–8)
 - 4.1.3. BPS (3–12)
 - 4.2. Nej
 - 4.2.1. Patienten inte kvar på avdelningen
 - 4.2.2. Patienten Avliden

Sedering/vakenhet/agitation

Urval

Alla patienter ≥ 16 år med vård typ IVA eller TIVA som vårdas på IVA ska bedömas minst en gång per arbetspass. Bedömningen skall göras i början av varje arbetspass samt på indikation. Bedömning görs oavsett andra parametrar som t.ex. ventilatorbehandling. Patienten ska ha en vårdtid på ≥ 4 timmar under arbetspasset för att ingå. Arbetspassen är förmiddag, eftermiddag och natt. Flera registreringar kan göras per arbetspass.

Mätinstrument

Två mätinstrument ingår för att bedöma grad av sedering hos vuxna intensivvårdspatienter: MAAS och RASS.

MAAS – Motor Activity Assessment Scale är ett instrument för att bedöma nivå av sedering/vakenhet på en skala 0–6, där 0 = ingen reaktion och 6 = farligt agiterad och samarbetsovillig.

RASS- Richmond Agitation Sedation Scale ett instrument för att mäta nivå av sedering/agitation på en skala från +4 till -5 där +4 = stridslysten och -5 = ej väckbar ingen respons vid fysisk stimulering eller tilltal.

Om inte patientens medicinska tillstånd kräver djupare sedering bör en komfortnivå vara en lugn, alert och samarbetsvillig patient med RASS = 0 till -1 eller MAAS=3.

Undantag för att inte bedöma/skatta

Sedering/vakenhet ska bedömas med undantag av medvetandesänkt patient (GCS <10 eller RLS85 >4), att patienten inte varit närvarande ≥ 4 timmar av passet eller då patienten avlidit.

Orsaken registreras för att kunna följa bortfall av bedömningar. Om det finns någon annan orsak till bortfall, än de nedan angivna, och en registrering därmed inte gjorts så hanteras det som "missing data". Detta ska då anges i rapportfilen till SIR för det aktuella passet och täckningsgrad hanteras i utdataportalen.

Registrering

1. Finns ordinerad sederingsgrad?
 - 1.1. Ja (*ange värde, enval*)
 - 1.1.1. RASS (-5–4)
 - 1.1.2. MAAS (0–6)
 - 1.2. Nej
2. Är skattning gjord? (*ange värde, enval*)
 - 2.1. Ja
 - 2.1.1. Tidpunkt
 - 2.1.2. Skattning
 - 2.1.2.1. RASS (-5–4)
 - 2.1.2.2. MAAS (0–6)
 - 2.2. Nej
 - 2.2.1. Datum och pass
 - 2.2.2. Orsak
 - 2.2.2.1. GCS <10, RLS85 >4
 - 2.2.2.2. Ej närvarande ≥ 4 timmar av arbetspasset
 - 2.2.2.3. Avliden patient
3. Om Ja på fråga 2, Uppfylls ordinerad sederingsgrad?
 - 3.1. Ja
 - 3.2. Nej, åtgärd (*flervals*)
 - 3.2.1. Ökning av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel
 - 3.2.2. Minskning av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel
 - 3.2.3. Bolus av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel
 - 3.2.4. Byte av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel
 - 3.2.5. Dos av annat sederande läkemedel som Ej ges kontinuerligt
 - 3.2.6. Avstängning av sederande läkemedel
 - 3.2.7. Ingen åtgärd, alla sederande läkemedel är utsatta

Delirium

Urval

Alla patienter ≥ 16 år med vård typ IVA eller TIVA som vårdas på IVA ska screenas för delirium minst en gång per arbetspass. Screeningen skall göras i början av varje arbetspass samt på indikation.

Bedömning/screening görs oavsett andra parametrar som t.ex. ventilatorbehandling. Patienten ska ha en vårdtid på ≥ 4 timmar under arbetspasset för att ingå. Arbetspassen är förmiddag, eftermiddag och natt. Flera registreringar kan göras per arbetspass.

Mätinstrument

Tre mätinstrument är validerade för att bedöma delirium, CAM-ICU, ICDSC och NuDesc. I Sverige används CAM-ICU och NuDesc.

CAM-ICU - Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit identifierar delirium, utfall positiv eller negativ eller omöjligt att genomföra.

NuDesc – Nursing Delirium Screening Scale innehåller 5 områden som bedöms med poäng 0–2 i varje område totalt >2 poäng positiv.

Omvårdnadsåtgärder vid delirium följer PADIS guidelines. De är indelade i orientering och miljö.

Undantag för att inte bedöma/screena

Delirium ska bedömas/screenas med undantag av medvetandesänkt patient (GCS <10 eller RLS85 >4), att patienten inte varit närvarande ≥ 4 timmar av passet, sederad patient (MAAS <2 eller RASS < -3) eller då patienten avlidit.

Orsaken registreras för att kunna följa bortfall av bedömningar. Om det finns någon annan orsak till bortfall, än de nedan angivna, och en registrering därmed inte gjorts så hanteras det som ”missing data”. Detta ska då anges i rapportfilen till SIR för det aktuella passet och täckningsgrad hanteras i utdataportalen.

Registrering

1. Är skattning gjord? (*ange värde, enval*)

1.1. Ja

1.1.1. CAM-ICU

1.1.1.1. Tidpunkt

1.1.1.2. CAM-ICU (positiv eller negativ)

1.1.2. NuDesc

1.1.2.1. Datum och pass

1.1.2.2. NuDesc (0–10)

1.2. Nej

1.2.1. Datum och pass

1.2.2. Orsak

1.2.2.1. MAAS <2, RASS < -3

1.2.2.2. GCS <10, RLS85 >4

1.2.2.3. Ej närvarande ≥ 4 timmar av arbetspasset

1.2.2.4. Avliden patient

Om ja på fråga 2 och delirium påvisat, *ange åtgärder*

2. Omvårdnadsåtgärder (*flervals*)

2.1. Ja

Orientering

2.1.1. Glasögon, hörapparat

2.1.2. Personliga tillhörigheter

2.1.3. Personalkontinuitet

2.1.4. Familjen delaktig

Miljö

- 2.1.5. Kommunikation
- 2.1.6. Reducera ljud, öronproppar
- 2.1.7. Sömn
- 2.1.8. Tidig mobilisering
- 2.1.9. Musik
- 2.1.10. Utvärdera behov medicinteknisk övervakning och slangar
- 2.2. Nej
- 3. Läkemedelsåtgärder (*flervals*)
 - 3.1. Ja
 - 3.1.1. Ökning/minskning av kontinuerlig tillförsel av sederande/analgetika
 - 3.1.2. Bolus av kontinuerlig tillförsel av sederande/analgetika
 - 3.1.3. Byte av sederande/analgetika
 - 3.1.4. Engångsdos av annat läkemedel: neuroleptikum, bensodiazepin eller annat läkemedel
 - 3.2. Nej

Tabell över indikator, mätinstrument och åtgärder

Omvårdnadsindikatorer	Mätinstrument	Åtgärder
Smärta - registrering med instrument och skattad poäng	NRS-numerisk skala, skattar smärta på skala 0–10, 0=ingen smärta, 10=värsta tänkbara smärtan NRS ≥ 3 ska ha åtgärdsregistrering CPOT -critical care pain observation scale, för sövda eller medvetandesänkta patienter, skattar smärta 0–8 poäng CPOT > 2 ska ha åtgärdsregistrering BPS-behavioral pain scale, för sövda eller medvetandesänkta patienter, skattar smärta 3–12 poäng BPS > 5 ska ha åtgärdsregistrering	Omvårdnad: Massage Musik Avslappningsteknik Lägesändring Värmebehandling Tens Annan omvårdnadsåtgärd Läkemedel: Ökning av kontinuerliga analgetika Bulus av analgetika Dos av analgetika som ej ges kontinuerligt Annan läkemedelsåtgärd
Sedering - registrering av instrument, ordinerad mål nivå och uppmätt poäng	RASS- Richmond Agitation Sedation Scale, skala för att mäta nivå av sedering och agitation, +4 till -5 MAAS – Motor Activity Assessment Scale skala för att mäta nivå av sedering och agitation, 0–6	Läkemedel: Ökning av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel Minskning av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel Bulus av kontinuerlig tillförsel sederande läkemedel Byte av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel Dos av annat sederande läkemedel som EJ ges kontinuerligt Avstängning av sederande läkemedel Ingen åtgärd, alla sederande läkemedel är utsatta
Delirium - registrering av instrument, positiv eller negativ/ eller poäng	CAM-ICU – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit Identifierar delirium, utfall positiv eller negativ NUDESC – Nursing Delirium Screening Scale. Identifierar delirium, 5 områden bedöms totalt 0–10 poäng NUDESC > 2 = delirium	Omvårdnad: Glasögon, hörapparat Personliga tillhörigheter Personalkontinuitet Familjen delaktig Kommunikation Reducera ljud, öronproppar Sömn Tidig mobilisering Musik Utvärdera behov medicinteknisk övervakning och slangar Läkemedel: Ökning/minskning av kontinuerlig tillförsel av sederande/analgetika Bulus av kontinuerlig tillförsel av sederande/analgetika Byte av sederande/analgetika Engångsdos av annat läkemedel: neuroleptikum, bensodiazepin eller annat läkemedel

Referenser

- 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>
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. American College of Critical Care Medicine: Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013; 41:263306.
- Bijur PE, Silver W & Gallagher EJ. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic Emergency Medicine*. 2001; 8:1153–1157.
- Devlin JW, Boleski G, Mlynarek M. Motor Activity Assessment Scale: A valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 1999; (27)7:1271-1275.
- Dewlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine* 2018; (46),9: 825-e873 doi: 10.1097/CCM.0000000000003299.
- Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001; 5;286(21):2703-10. doi: 10.1001/jama.286.21.2703.
- Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F et al. Fast, Systematic, and Continuous Delirium Assessment in Hospitalized Patients: The Nursing Delirium Screening Scale *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005; 29, 4:368-375.
- Gélinas C, Fortier M, Viens C, et al. Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *American Journal of Critical Care*. 2004;13: 126–135.
- Hylén M, Akerman E, Alm-Roijer C, Idvall E. Behavioral Pain Scale - translation, reliability, and validity in a Swedish context. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2016 Jul;60(6):821-8. doi: 10.1111/aas.12688.
- Larsson C, Granberg-Axell A, Ersson A. Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU): translation, retranslation and validation into Swedish intensive care settings. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2007 Aug;51(7):888-92.
- Lingehall HC, Smulter N, Engström KG, Gustafson Y, Olofsson B. Validation of the Swedish version of the Nursing Delirium Screening Scale used in patients 70 years and older undergoing cardiac surgery. *J Clin Nurs*. 2013 Oct;22(19-20):2858-66. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04102.x.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET SIR

Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(4), 281–6.

Nürnberg Damström D, Saboonchi F, Sackey PV, Björling G. A preliminary validation of the Swedish version of the Critical-Care Pain Observation Tool in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2011 Apr;55(4):379-86. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02376.x.

Payen J, Bru O, Bosson J, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioural pain scale. *Critical Care Medicine*. 2001; 29: 2258–2263.

Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation-Sedation scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:1338-44. doi:10.1164/rccm.2107138.

Zigmond S, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.

Ändringshistorik

2025-07-04 Version 2.0

- Delat upp Smärta, Sederingsnivå och Delirium så att det kan skickas oberoende av varandra. Tidigare behövde man skicka alla tre
- Hantering av "missing data" är nu med i riktlinjen
- Delirium: orsak till ej genomförd bedömning delas i Sederingsnivå, MAAS <2, RASS < -3 och i medvetande nivå GCS <10, RLS85 >4
- Smärta: Förklarande text nedkortad vid Undantag för bedöma/skatta

2022-10-17 Version 1.0

Ny riktlinje