



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Version: 1.0
Fastställd: 2022-10-12
Gäller från: 2023-01-01

Innehåll

Riktlinje för registrering av omvårdnadsvariablerna smärta, sedering och delirium	2
Bakgrund	2
A-F Bundle	2
Mätnstrument	2
Smärta.....	2
Urval.....	2
Mätnstrument	2
Uppföljning	3
Undantag för att inte bedöma/skatta.....	3
Registrering	3
Sedering/vakenhet/agitation	4
Urval.....	4
Mätnstrument	4
Undantag för att inte bedöma/skatta.....	4
Registrering	4
Delirium	5
Urval.....	5
Mätnstrument	5
Undantag för att inte bedöma/screena	6
Registrering	6
Tabell över indikator, mätnstrument och åtgärder	7
Ändringshistorik.....	9



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

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.

Variabedata kan användas för att öka kunskap inom omvårdnad och utveckla vårdkvaliteten.

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 ≥ 3 ska även en åtgärd registreras.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET SIR

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 patient med medvetandebedömning med följande värde GCS <10, RLS85 >4 eller att patienten inte varit närvarande ≥ 4 timmar av passet eller avlidne. Orsaken registreras för att kunna följa bortfall av mätningar.

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 närvanande ≥ 4 timmar av arbetspasset

1.2.2.3. Avlidne patient

Om ja på fråga 1 och NRS ≥ 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



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

- 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, tidpunkt)
 - 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 Avlidne

Sedering/vakenhet/agitation

Urvälj

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 samarbetsvillig.

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 och registreras hos alla patienter med undantag av avliden patient, eller patient med bedömning av följande värde GCS <10, RLS-85 >4 eller att patienten inte varit närvarande ≥ 4 timmar av passet. Orsaken registreras för att kunna följa bortfall av mätningar.

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

Urvälj

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.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Undantag för att inte bedöma/screena

Delirium ska bedömas/screenas och registreras hos alla patienter med undantag av avlidne patient, eller patient med bedömning av följande värde MAAS <2, RASS < -3, GCS <10, RLS-85 >4 eller att patienten inte varit närvarande ≥ 4 timmar av passet. Orsaken registreras för att kunna följa bortfall av mätningar.

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, GCS <10, RLS85 >4

1.2.2.2. Ej närvärande ≥ 4 timmar av arbetspasset

1.2.2.3. Avlidne 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, mästinstrument och åtgärder

Omvårdnadsindikatorer	Mästinstrument	Åtgärder
Smärta - registrering med instrument och skattad poäng	<p>NRS-numerisk skala, skattar smärta på skala 0–10, 0=ingen smärta, 10=värsta tänkbara smärtan</p> <p>NRS≥ 3 ska ha åtgärdsregistrering</p> <p>CPOT -critical care pain observation scale, för sövda eller medvetandesänkta patienter, skattar smärta 0–8 poäng</p> <p>CPOT> 2 ska ha åtgärdsregistrering</p> <p>BPS-behavioral pain scale, för sövda eller medvetandesänkta patienter, skattar smärta 3–12 poäng</p> <p>BPS> 5 ska ha åtgärdsregistrering</p>	<p>Omvårdnad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Massage Musik Avslappningsteknik Lägesändring Värmebehandling Tens <p>Annan omvårdnadsåtgärd</p> <p>Läkemedel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ökning av kontinuerliga analgetika Bolus av analgetika Dos av analgetika som ej ges kontinuerligt <p>Annan läkemedelsåtgärd</p>
Sedering - registrering av instrument, ordinerad mål nivå och uppmätt poäng	<p>RASS- Richmond Agitation Sedation Scale, skala för att mäta nivå av sedering och agitation, +4 till -5</p> <p>MAAS – Motor Activity Assessment Scale skala för att mäta nivå av sedering och agitation, 0–6</p>	<p>Läkemedel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ökning av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel Minskning av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel Bolus 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	<p>CAM-ICU – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</p> <p>Identifierar delirium, utfall positiv eller negativ</p> <p>NUDESC – Nursing Delirium Screening Scale. Identifierar delirium, 5 områden bedöms totalt 0–10 poäng</p> <p>NUDESC> 2 = delirium</p>	<p>Omvårdnad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Glasögon, hörapparat Personliga tillhörigheter Personalkontinuitet Familjen delaktig Kommunikation Reducera ljud, öronproppar Sömn Tidig mobilisering Musik <p>Utvärdera behov medicinteknisk övervakning och slangar</p> <p>Läkemedel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ökning/minskning av kontinuerlig tillförsel av sederande/analgetika Bolus av kontinuerlig tillförsel av sederande/analgetika Byte av sederande/analgetika Engångsdos av annat läkemedel: neuroleptikum, bensodiazepin eller annat läkemedel



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Referenser

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.

Gelinas 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.

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; 166:133844.doi:10.1164/rccm.2107138



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Ändringshistorik

2022-10-17 Version 1.0

Ny riktlinje