

 SØRLANDET SYKEHUS				PASIENTER OG BRUKERE		Retningslinje	
RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS) SSHF						Side 1 av 2	
Dokument ID: II.SOA.AIO.SSA.2.a-32		Gruppe: □		Godkjent dato: 15.10.2025		Gyldig til: 15.10.2029	
						Revisjon: 0.05	

Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/INTENSIV/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

BAKGRUNN

Hensikten er optimal sedering av intensivpatienten, samt forebygging/diagnostisering av delir.

RASS skalaen vurderer både våkenhets/sederingsnivå og agitasjonsnivå ved delir.

FREMANGSMÅTE

Lege og sykepleier angir RASS mål i samarbeid. Sykepleier vurderer pasientens aktuelle RASS hver 4. time, eller oftere ved behov. Hvis pasienten sover er det viktig at RASS score vurderes før natten og på morgenen, slik at nattesøvnen ikke blir unødvendig forstyrret.

Hvis aktuell RASS er forskjellig fra RASS mål, bør følgende vurderes:

- Sedasjonsdosering
- Dosering av andre psykoaktive medikamenter
- Elektrolyttforstyrrelser
- Hypo -eller hyperglykemi
- Hypoxi

Husk at 0 ”våken og rolig” kan skjule en *hypoaktiv* delir tilstand.

Beskrivelse av RASS skalaens scoringsnivå:

Score	Uttrykk	Beskrivelse
+4	Aggressiv	Åpenlyst aggressiv, voldelig, umiddelbart til fare for personalet
+3	Meget agitert	Drar i eller fjerner tube(r) eller kateter(e); aggressiv
+2	Agitert	Hyppige bevegelser uten formål, slåss mot respirator
+1	Rastløs	Engstelig eller urolig, men bevegelsene ikke aggressive
0	Våken og rolig	
-1	Døsigg	Ikke helt våken, men kan holde seg våken (åpner øynene/øyekontakt) på tiltale (≥ 10 sek.)
-2	Lett sedert	Lar seg vekke kortvarig med øyekontakt på tiltale (<10 sek.)
-3	Moderat sedert	Bevegelse eller åpner øynene på tiltale (men ingen øyekontakt)
-4	Dypt sedert	Ingen respons på verbal oppfordring, men bevegelse eller åpner øynene ved fysisk stimulering (riste i skulder, gni sternum)
-5	Ikke vekkbare	Ingen respons på verbal eller fysisk stimulering

Slik utføres en RASS-vurdering:

- Observer pasient. Er pasienten våken og rolig (score 0)? Har pasienten en adferd som tilsvarer rastløshet og agitasjon (RASS score +1 til +4 ved bruk av kriteriene listet opp under **Beskrivelse** på scoringstabellen).
- Hvis pasienten ikke er våken, **uttal pasientens navn med en høy og tydelig stemme og be pasienten om å åpne øynene og se på deg**. Gjenta hvis nødvendig. Kan minne pasienten på å fortsette og se på deg. Pasienten holder øynene åpne og gir øyekontakt, som varer i mer enn 10 sekunder (=RASS score -1).
- Pasienten holder øynene åpne og gir øyekontakt, men dette holder seg ikke i 10 sekunder (=RASS score -2).
- Pasienten responderer på tiltale med bevegelse, unntatt øyekontakt (=RASS score -3).
- Dersom ingen respons på verbal stimulering, stimuler pasient fysisk ved å riste i skulder, og deretter gni sternum hvis det ikke er noen respons på å riste i skulder.
- Pasienten har bevegelser ved fysisk stimulering (=RASS score -4)
- Pasienten gir ingen respons på verbal eller fysisk stimuli (=RASS score -5)

Utarbeidet av: O. Reiersdal, V.Skogstrøm	Først utgitt: ☐	Fagansvarlig: V. Skogstrøm, ovl	Godkjent av: Ikke styrt	☐
--	---	---	-----------------------------------	--------------------------

 SØRLANDET SYKEHU		Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) SSHF			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: II.SOA.AIO.SSA.2.a-32	Utarbeidet av: O. Reiersdal, V.Skogstrøm	Fagansvarlig: V. Skogstrøm, ovl	Godkjent dato: 15.10.2025	Godkjent av: Ikke styrt	Revisjon: 0.05

Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/INTENSIV/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

REFERANSER

Sessler CN, Gosnell M, Grap MJ, Brophy GT, O'Neal PV, Keane KA et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. Am J Respir Crit Care Med 2002;166:1338-1344.

Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S et al. Monitoring sedation statusover time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). JAMA 2003; 289:2983-2991.

Kryssreferanser

Eksterne referanser