

4AT – Screening

1. ÅRVÅKENHET

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvning ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/ hyperaktiv. Observer pasienten. Dersom pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen.

- Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse): 0
- Søvnig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal: 0
- Tydelig unormal(t): 4

2. AMT4 (FORKORTET MENTAL VURDERING)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall.

- Ingen feil: 0
- 1 feil: 1
- 2 feil eller flere/ikke testbar: 2

3. OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember». Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt.

- Oppgir 7 måneder eller flere korrekt: 0
- Begynner, men klarer <7 måneder/avslår å begynne: 1
- Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom): 2

4. AKUTT ENDRING ELLER FLUKTASJON AV TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon (F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner). Oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer:

- Nei 0
- Ja 4

0: Delirium/alvorlig kognitiv svikt usannsynlig.

1-3: Mulig kognitiv svikt.

≥4: Mulig delirium og/eller kognitiv svikt.



6 dokumenterte* metoder for å forebygge delirium hos eldre

Bruk disse dokumenterte metodene ovenfor alle eldre for å forebygge delirium**.

(**Dersom delirium utvikler seg, støtt den eldre personen ved å fortsette å bruke disse metodene.)

RGPT REGIONAL GERIATRIC PROGRAM OF TORONTO

www.rgptoronto.ca

Supported by:



*www.hospitalelderlifeprogram.org

HELSE STAVANGER
Stavanger universitetssjukehus

Behandle delirium

Mistanke om delirium skal behandles som delirium inntil det er avkreftet.



Reduser forhold som bidrar til å opprettholde delirium og optimaliser forhold som bidrar til reorientering.



Tilstreb enerom og primærsykepleie. Fastvakt skal på dagtid interagere aktivt med pasient og forsøke å etablere mest mulig adekvat kontakt.



Identifiser underliggende akutte årsak(er) til delirium som lavt blodtrykk, puls, hypoksi, lavt blodsukker, infeksjon eller polyfarmasi.



Ivareta pasientsikkerheten og forebygg komplikasjoner av delirium som fall, underernæring, dehydrering, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose.



Legemiddelgjennomgang, spesielt rettet mot uheldig medisinerings for pasienter med risiko.



Kommuniser og informer pasient og pårørende. Opprett samarbeid med pårørende for å fremme tilstedeværelse og involvering. Komparentopplysninger hvis mulig (tidligere kognitiv og daglig funksjon, hjelpebehov/hjemmetjenester).



Kontakt lege ved vedvarende delir.