



Skjalnúmer...: LSH-190
Útg.d...: 29.12.2017
Útgáfa...: 1.0
Áb.maður...: Guðlaug Rakel Guðjónsdóttir

20.02.01.01.01 Mat á óráði - DOS (Delirium observation screening scale)

Tilgangur

Að lýsa skimun með DOS (delirium observation screening scale) hjá sjúklingum með áhættuþætti fyrir óráði

Hver framkvæmir og hvenær

Hjúkrunarfræðingur hjá sjúklingum með áhættuþætti fyrir óráði. Skimun er gerð daglega en oftar ef breyting verður á ástandi sjúklings.

Framkvæmd

Farið er yfir 13 einkenni sem geta bent til óráðs samkvæmt [klínískum leiðbeiningum](#). Merkt er við hvort þau eiga stundum eða alltaf við eða hvort þau eiga aldrei við. Atriði sem eiga stundum eða alltaf við gefa 1 stig. Ef sjúklingur fær ≥ 3 stig bendir það til óráðs.

Þau eru:

1. Dottar í miðjum samræðum eða athöfnum
2. Truflast auðveldlega af áreiti í umhverfinu
3. Heldur ekki athygli í samræðum eða athöfnum
4. Lýkur ekki við spurningar eða svör
5. Svör ekki alltaf í samræmi við það sem spurt er um
6. Bregst hægt við fyrirmælum
7. Viðkomandi telur sig vera annars staðar en hann er
8. Gerir sér ekki grein fyrir tíma dags
9. Man ekki nýliðna atburði
10. Er friðlaus eða órólegur
11. Togar í slöngur og leiðslur, eins og vökvasett, næringarsondu og þvaglegg
12. Viðkvæmur, stutt í ótta, reiði eða pírning
13. Heyrir og/eða sér eitthvað sem er ekki til staðar

Niðurstöður eru skráðar í kaflann lífsmörk og [mælingar](#) í sjúkraskrá

Heimildir

1. [Klínískar leiðbeiningar: Greining, forvarnir og meðferð við óráði.](#)
2. Scheffer AC, van Munster BC, Schuurmans MJ, de Rooij SE. Assessing severity of delirium by the Delirium Observation Screening Scale. Int J Geriatr Psychiatry. 2011;26(3):284-291.

Fara aftur í verklagsreglu: [Óráð - mat, forvarnir og meðferð](#)

Tilvísanir (0)

Síðustu breytingar og/eða athugasemdir: (0)

Ritstjórn

Sólrún Rúnarsdóttir

Elfa Þöll Grétarsdóttir

Steinunn Arna Þorsteinsdóttir

Tryggvi Þórir Egilsson

Samþykkjendur

Ábyrgðarmaður

Guðlaug Rakel Guðjónsdóttir