



Skjalnúmer...: LSH-187
Útg.d...: 26.10.2017
Útgáfa...: 1.0
Áb.maður...: Guðlaug Rakeł Guðjónsdóttir

20.02.01.01 Mat á óráði

Tilgangur

Að lýsa mati á áhættuþáttum óráðs og mati á óráði fullorðinna við innlögn.

Hver framkvæmir og hvenær

Hjúkrunarfræðingur eða læknir metur innan sólarhrings frá innlögn hvort sjúklingur sé með áhættuþætti fyrir óráði.

Framkvæmd

Mat á áhættuþáttum

Metið er hvort eftirfarandi áhættuþættir séu til staðar:

- Hár aldur (65 ára eða eldri)
- Vitræn skerðing eða heilabilun (fyrrri saga eða nýtilkomin)
- Nýlegt mjaðmarbrot
- Alvarleg veikindi, þ.e sjúkdómsástand fer versnandi eða sjúklingur er í hættu á að versna

Ef áhættuþættir eru til staðar

1. Kannað er hvort til hafi komið breytingar á hegðun sjúklings síðustu klukkustundir eða daga á undan. Upplýsinga um það er aflað frá sjúklingi, aðstandanda eða umönnunaraðila. Eftirfarandi breytingar gefa vísbendingar um óráð og sérstaklega þarf að vera á varðbergi gagnvart einkennum um þögult óráð (merkt *):
 - Vitræn starfsemi t.d. minnkuð einbeiting*, hæg viðbrögð*, rugl
 - Skynjun t.d. sjón- eða heyrnarofskynjanir
 - Líkamleg starfsemi t.d. minnkuð líkamleg virkni*, minnkaðar hreyfingar*, eirðarleysi, óróleiki, breytt matarlyst*, svefntruflanir
 - Félagsleg hegðun t.d. skortur á samvinnu, hlédrægni eða framtaksleysi*, eða breyting á samskiptum, skapferli, hugarástandi eða viðhorfum.
 - Einnig má:
 - Biðja sjúkling um að telja upp vikudaga í öfugri röð (engin villa leyfileg) eða endurtaka talnarunu afturábak (eðlilegt að geta endurtekið a.m.k. þrjár tölur)
 - Framkvæma „4AT“ próf ([viðauki F](#) í klínískum leiðbeiningum)
2. Hjá sjúklingi í áhættu er skimað með [DOS](#) (Delirium observation screening scale) eftir einkennum óráðs daglega en oftast ef breyting verður á ástandi sjúklings. Ef sjúklingur fær 3 eða fleiri stig á DOS er grunur um óráð.
3. Ef ekki er grunur um óráð er beitt [forvörnum við óráði](#).
4. Ef grunur er um óráð framkvæmir læknir mat til að staðfesta sjúkdómsgreiningu með [CAM](#) eða eftirfarandi greiningarskilmerkjum DSM-5*:
 - A. Truflun á athygli (skert hæfni til að beina, viðhalda og skipta athygli) og tilvitund (því

- að vera var við umhverfið eða vera þess áskynja, þ.e. skert áttun á umhverfinu).
- B. Ástand þróast á skömmum tíma (venjulega á klst./fáum dögum), skyndileg breyting er frá fyrra ástandi á athygli og tilvitund (því að vera var við umhverfið) og er hún mismikil og sveiflukennd yfir sólarhringinn.
 - C. Frekari truflun er á vitrænni getu (t.d. minni, áttun, máli, rýmdarskynjun eða skyntúlkun, s.s. mis- eða ofskynjanir).
 - D. Truflun á A. eða C. skýrist ekki betur af sjúkdómi eða heilkenni sem veldur vitrænni skerðingu, sem er til staðar fyrir eða er í þróun og er ekki hjá sjúklingi með alvarlega meðvitundarskerðingu, m.a. meðvitundarleysi.
 - E. Saga, skoðun og rannsóknir benda til að ástandið sé vegna lífeðlisfræðilegra afleiðinga annars sjúkdómsástands, eiturverkana eða fráhrarfs (þ.e. lyfja eða vímuefna) eða útsetningar fyrir eitrefnum eða hafi margþátta orsakir.
5. Á gjörgæslu og vöknun er [CAM-ICU](#) notaður við skimun og greiningu.

* Helstu evrópsku og bandarísku fagsamtökin um óráð mæla með rúmri túlkun á lið A og D til að missa ekki af greiningu óráðs, þ.e. að sjúklingar sem ekki er hægt að meta nánar vitræna getu hjá, vegna skertrar meðvitundar (en eru þó ekki alveg meðvitundarlausir) ætti að gera ráð fyrir að hafi athyglisbrest og að þeir geti þá fallið undir skilgreiningu um óráð, frekar en útiloka þá greiningu.

Skráning

- Hjúkrunarfræðingur skráir mat á einkennum í sjúkraskrá og setur fram viðeigandi hjúkrunargreiningu.
- Læknir skráir læknisfræðilega greiningu óráðs.

Heimildir

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Society; 2013.
2. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing*. 2014;43(4):496-502.
3. De J, Wand AP. Delirium screening: a systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. *Gerontologist*. 2015;55(6):1079-1099
4. Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline (CG103) Published date: July 2010. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
5. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR. Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286(21), 2703-2710.
6. Han JH, Wilson A, Vasilevki EE. Diagnosing delirium in older emergency department patients: Validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Annals of Emergency Medicine*. 2013; 62,458–465.
7. [Klínískar leiðbeiningar: Greining, forvarnir og meðferð við óráði.](#)
8. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method: a new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-948.
9. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. [Lancet](#). 2014;383(9920):911-922.
10. MacLulich AMJ, Anand A, Davis DHJ. New horizons in the pathogenesis, assessment and management of delirium *Age and Ageing* 2013; 42: 667–674 doi: 10.1093/ageing/aft148
11. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT. Delirium in Older Persons *Advances in Diagnosis and Treatment JAMA*. 2017;318(12):1161-1174. doi:10.1001/jama.2017.12067
12. Salih SA, Paul S, Klein K, Lakhani P, Gray L. Screening for delirium within the interRAI acute care assessment system. *J Nutr Health Aging*. 2012; 16(8):695-700.
13. 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.
14. Steinunn Arna Þorsteinsdóttir. Óráð eftir opna hjartaaðgerð: Forprófun skimunarlista (Delirium observation screening scale- DOS) og kerfisbundin fræðileg samantekt. Lokaverkefni til meistaraþrófs í hjúkrunarfræði (30 einingar) við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Höfundur; Leiðbeinandi: Herdís Sveinsdóttir. Meistaránámsnefnd: Herdís Sveinsdóttir, prófessor, Jón Snædal, öldrunarlæknir. Útgáfuréttur © 2012 Steinunn Arna Þorsteinsdóttir. Prentað á Íslandi af Háskólaprent ehf., Reykjavík, 2012
 15. Steinunn Arna Þorsteinsdóttir, Herdís Sveinsdóttir, Jón Snædal læknir. Óráð eftir opna hjartaaðgerð: kerfisbundin samantekt á algengi, áhættuþáttum og afleiðingum. [Læknablaðið](#) 2015. 06. tbl. 101.
 16. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. European Delirium Association and American Delirium Society. [BMC Medicine](#) 2014;12:141 Sótt af vef 09. október 2017.
-

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

Tilvísanir (0)

Síðustu breytingar og/eða athugasemdir: (1)

Ritstjórn

Sólrún Rúnarsdóttir
Elfa Þöll Grétarsdóttir
Margrét Sjöfn Torp
Hrönn Harðardóttir
Steinunn Arna Þorsteinsdóttir
Tryggvi Þórir Egilsson
Unnur Lilja Þórisdóttir - unnurlth

Samþykkjendur

Ábyrgðarmaður

Guðlaug Rakel Guðjónsdóttir