

# Ny screening gir sikrere diagnose

Bruk av screeninginstrumentet 4AT kan forbedre diagnostiseringen av akutt delirium.

## Geir Vegar Berg

Forskningsveileder og førsteamanuensis  
Sykehuset Innlandet, Lillehammer og Norges teknisk-vitenskapelige universitet, Gjøvik

## Leiv Otto Watne

Lege og postdoc.  
Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo

## Edith Roth Gjevjon

Førsteamanuensis  
Høyskolen Diakonova

---

Delirium

Forvirring

Kognitiv svikt

Undersøkelse

Sykepleien 2016;104(3):52-53  
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.56686

## Hovedbudskap

Delirium (akutt forvirring) er en vanlig og alvorlig tilstand, men blir ofte oversett. 4AT er et screeningverktøy som er i økende bruk i flere land, og vi har nå oversatt dette til norsk. En gruppe forskere planlegger å gjøre validering av verktøyet både i sykehus og i kommunehelsetjenesten.

Et instrument for rask screening av akutt forvirring eller delirium og kognitiv svikt kan forbedre diagnostikken gjennom sikrere identifikasjon av symptomer. Sykepleierens tilstedeværelse i pasientforløpet er av stor betydning, når uklare og varierende symptomer gjør det vanskelig å avdekke den alvorlige tilstanden (1) delirium er. Rapid assessment test for Delirium (4AT) er et screeninginstrument for å identifisere symptomer på delirium og kognitiv svikt og er i utstrakt bruk internasjonalt (2).

## **Delirium**

Delirium kjennetegnes ved akutt endring i bevissthetsnivå, oppmerksomhet og kognisjon. Man ser også ofte persepsjonsforstyrrelser og endret søvn- eller - våkenhetsrytme. Akutt forvirring har ofte et svingende forløp og skal ikke kunne forklares av en allerede kjent kognitiv sykdom, som for eksempel demens. Tilstanden er vanlig ved akutt somatisk sykdom (3,4). Dette gjelder særlig hos eldre pasienter, og vi ser det ofte hos pasienter med hoftebrudd (4).

## **Stressende**

Delirium kan være veldig stressende for pasienten som for eksempel har mange skremmende hallusinasjoner, og er en belastning også for pårørende. I tillegg er tilstanden forbundet med dårlig prognose, varig funksjonsnedsettelse og institusjonalisering (5). Delirium er underdiagnostisert, og man kan anta at behandlingstidene for relativt «enkle» akutte tilstander, som hoftebrudd, øker.

## **Ikke avdekket**

Ofte blir ikke delirium avdekket og diagnostisert. Dette skyldes subjektiv diagnostikk uten bruk av relevante screeninginstrumenter, ved bruk av klinisk skjønn alene, samt legers og sykepleieres tiltro til egen individuelle erfaring. Det er særlig den hypoaktive varianten av delirium med nedsatt psykomotorisk tempo, - initiativløshet og somnolens som er vanskelig å avdekke, da dette ofte blir forvekslet med depresjon eller demens.

## **Lett å bruke**

Systematisk screening og tidlig identifikasjon av symptomer kan redusere tilfellene av delirium (6). Internasjonalt er CAM (Confusion Assessment Method) det mest brukte diagnostiske instrumentet for delirium (7). Det har kommet flere instrumenter for diagnostikk og vurdering av pasienter med delirium de siste årene. Vi fant at 4AT var verdt å oversette, evaluere og teste i klinisk praksis fordi instrumentet er kortfattet og lett å bruke. Screening kan gjennomføres på mindre enn to minutter og kan gjennomføres av ulike grupper helsepersonell i en travel hverdag.

## Beskrivelse

4AT er en test for rask vurdering av akutt forvirring og kognitiv svikt. Instrumentet er utviklet av en gruppe skotske leger i Edinburgh Delirium Research Group (8) og er validert (2,9). Instrumentet består av fire vurderingsområder som skåres fra 0–2 eller 0–4 poeng: 1) Pasientens årvåkenhet, 2) mental vurdering, 3) pasientens oppmerksomhet og 4) akutt endring eller fluktusjon i pasientens tilstand.

Instrumentet gir en rask førstegangsvurdering av delirium eller kognitiv svikt, men er i seg selv ikke et diagnostisk verktøy. 4AT fungerer som en beslutningsstøtte for sykepleier ved at de kommuniserer symptomene som avdekkes til lege dersom de antyder delirium eller kognitiv svikt. Legen avgjør om videre diagnostisering skal igangsettes. 4AT kan brukes av sykepleiere eller annet helsepersonell ved kontakt med pasienten eller når man mistenker akutt forvirring.

## Oversatt

4AT er nå oversatt til norsk og vil i første omgang bli testet og validert og deretter tatt i bruk i klinisk praksis og forskning. En tverrfaglig gruppe med to sykepleiere, to leger og en fysioterapeut oversatte instrumentet uavhengig av hverandre. De fem forslagene ble deretter sendt ut til en utvidet gruppe, som i tillegg besto av fire leger, for vurdering og revidering. Den omforente versjonen av instrumentet ble så sendt til en tospråklig person som oversatte vår norske 4AT tilbake til engelsk. Deretter ble den engelske oversettelsen sendt inn til professor MacLulich som leder gruppen som er ansvarlig for den originale engelske versjonen. MacLulich hadde noen små kommentarer på vår oversettelse som vi i siste runde har justert i vår norske oversettelse av 4AT.

Endelig versjon er tilgjengelig på Norsk geriatrisk forenings nettsider:

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-geriatrisk-forening/Geriatrisk-test--og-undervisningsmaterieell/tester-og-registreringsskjemaer/4-AT/>



Screening for delirium  
og  
kognitiv svikt

(etikett)

Pasientens navn:

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Dato:

Tidspunkt:

Testen er utført av:

**[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)**

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvnnig ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvnnig < 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/fikke 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

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	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 FLUKTUASJON I TILSTAND**

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner 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

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR



**VEILEDNING**

Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: [www.the4AT.com](http://www.the4AT.com)

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangsvurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

**Årvåkenhet:** Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

**AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4):** Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. Akutt endring eller fluktuerende tilstand: Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?" 2011-2014 MacLullich, Ryan, Cash

## Referanser:

1. Kirkevold M. Kartlegging. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, -Ranhoff AH. (2014). Geriatrik sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. Oslo, Gyldendal akademisk:122–145.
2. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S, Ryan T, Cash H, Guerini F, Torpilliesi T, Del Santo F, Trabucchi M, Annoni G, Maclulich AM. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing* 2014;14:496–502.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. utg. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
4. Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 1596 – 600.
5. Krogseth, M, Wyller TB, Engedal K, Juliebø V. Delirium is a risk factor for institutionalization and functional decline in older hip fracture patients. *Journal of psychosomatic research* 2014; 76(1): 68–74.
6. Björkelund KB, Hommel A, Thorngren KG, Gustafson L, Larsson S, Lundberg D. Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multi-factorial intervention study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2010; 54(6): 678–688.
7. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008; 56(5); 823–830.
8. 4AT – Rapid assement test for Delirium. URL: <http://www.the4at.com>. [ 28.11.15]
9. Lees R, Corbet S, Johnston C, Moffitt E, Shaw G, Quinn TJ. Test accuracy of short screening tests for diagnosis of delirium or cognitive impairment in an acute stroke unit setting. *Stroke* 2013; Nov;44(11):3078–83.