
Vurdering av mental status hos akutt syke gamle

DEBATT

MARIUS MYRSTAD

marius.myrstad@vestreviken.no

Marius Myrstad (f. 1978) er ph.d., lege i spesialisering i geriatri og indremedisin ved Seksjon for geriatri, slag og rehabilitering, Medisinsk avdeling, og postdoktor ved Medisinsk forskningsavdeling, Bærum sykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BJØRN ERIK NEERLAND

Bjørn Erik Neerland (f. 1976) er lege i spesialisering i geriatri og indremedisin ved Oslo universitetssykehus og ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Oslo. Han er medlem av Oslo Delirium Research Group.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GURI HAGBERG

Guri Hagberg (f. 1979) er lege i spesialisering i geriatri og indremedisin og ph.d.-stipendiat ved Seksjon for geriatri, slag og rehabilitering, Medisinsk avdeling, Bærum sykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LEIV OTTO WATNE

Leiv Otto Watne (f. 1977) er ph.d., lege i spesialisering i indremedisin og geriatri og postdoktorstipendiat ved Oslo universitetssykehus. Han er leder av Oslo Delirium Research Group.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gamle mennesker utgjør en høy andel av dem som innlegges i sykehus. Rask vurdering av mental status i akutmottaket er viktig der det er mistanke om sepsis eller annen akutt sykdom. Vi foreslår å bruke 4AT som screeningverktøy til dette formålet.

I februar 2016 publiserte European Society of Intensive Care Medicine og Society of Critical Care Medicine nye kliniske sepsiskriterier [\(1\)](#). De nye qSOFA-kriteriene (Quick Sequential Organ Failure Assessment) er ment å erstatte SIRS-kriteriene (systemisk inflammatorisk respons-syndrom). I qSOFA-algoritmen gis ett poeng for hvert av de tre kriteriene respirasjonsfrekvens ≥ 22 /min, systolisk blodtrykk ≤ 100 mm Hg og endret mental status. En qSOFA-skår ≥ 2 poeng eller en økning på ≥ 2 poeng fra utgangsverdien indikerer mulig sepsis. Vurdering av mental status har dermed fått en sentral plass i sepsisdiagnostikk, men er også viktig ved andre akuttmedisinske tilstander hos gamle.

Gamle mennesker utgjør en høy andel av dem som innlegges akutt i sykehus. Mange av disse pasientene har kognitive utfall som ledd i demenssykdom eller på grunn av delirium. Delirium («akutt forvirring») ledsager ofte akuttmedisinske tilstander og rammer 30-50% av gamle innlagt i sykehus [\(2, 3\)](#). Delirium kjennetegnes av akutt innsettende forstyrrelser i kognisjon, bevissthet og oppmerksomhet som har en utløsende årsak og ikke kan forklares av en kjent demenstilstand [\(4\)](#).

Infeksjoner er blant de vanligste utløsende årsakene til delirium hos gamle [\(3\)](#). Hos skrupelige og sårbare eldre kan selv en mild infeksjonssykdom eller andre små ytre påvirkninger være nok til å utløse et delirium. Delirium er forbundet med økt risiko for komplikasjoner til akuttbehandlingen, fall, demens, funksjonstap og død [\(5\)](#). Når diagnosen delirium er stilt, er det avgjørende å identifisere utløsende årsak(er) raskt. God behandling av utløsende årsak(er) er det viktigste tiltaket for å forhindre forverring av tilstanden og for å forebygge komplikasjoner til delirium.

Endring i mental status er i qSOFA definert som en Glasgow Coma Scale-skår (GCS-skår) på < 15 . GCS-skåring ble utviklet som er et verktøy for å vurdere grad av bevissthetsforstyrrelse hos pasienter med akutt hjerneskade og er basert på blikkebevegelser og verbal og motorisk respons [\(6\)](#). Skalaen er grov, og mange ulike tilstander kan være årsak til en GCS-skår < 15 . For eksempel er nedsatt orienteringsevne eller forvirring typisk både ved delirium og demens, og sekvele etter et hjerneslag kan påvirke den motoriske responsen. Presisjonen i vurderingen av mental status hos akutt syke gamle kan økes ved at man etter en initial vurdering av bevissthetsforstyrrelser med GCS-skår går videre med tester som er mer spesifikke for delirium, som screeningverktøyet 4AT (Rapid assessment test for delirium).

4AT er en forkortet mental vurdering. Den er utviklet i Storbritannia [\(7\)](#) og oversatt til norsk [\(8\)](#). Den norske oversettelsen er tilgjengelig på hjemmesidene til Norsk geriatriisk forening [\(9\)](#). 4AT består av enkle tester av oppmerksomhet og kognitiv funksjon og vurdering av bevissthetsnivå, i tillegg til en vurdering av om pasientens mentale status representerer en akutt endring og/eller har et

svingende forløp. 4AT er godt egnet for bruk i akuttmottak fordi den kan utføres av alle typer helsepersonell, ikke krever spesifikk opplæring og er rask å gjennomføre (2-3 minutter).

Sepsis kan forstås som et syndrom forklart av både patogene faktorer og faktorer hos pasienten. Den biologiske og kliniske fenotypen av sepsis avhenger blant annet av egenskaper hos pasienten som alder, komorbiditet og medikamentbruk (5). Akutt syke gamle har ofte atypiske symptomer og undersøkelsesfunn som kan føre til forsinket behandling. Derfor er bruk av kriterier som SIRS eller qSOFA nyttige hjelpemidler i jakten på riktig diagnose, også hos akutt syke gamle. I denne pasientgruppen er det imidlertid spesielt viktig at kriteriene ses i lys av andre symptomer og funn, og at diagnose og valg av behandling ikke er basert på SIRS- eller qSOFA-skår alene.

Akuttmedisinske vurderinger er spesielt krevende hos gamle pasienter. Utfordringene ved bruk av de nye sepsiskriteriene hos akutt syke gamle illustrerer behov for geriatriisk kompetanse i akuttmottak. Noen sykehus har allerede spesialist i geriatri i akuttmottaket, og slik kompetanse kan bli mer etterspurt i årene som kommer.

LITTERATUR

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). JAMA 2016; 315: 801 - 10. [PubMed][CrossRef]
2. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet 2014; 383: 911 - 22. [PubMed][CrossRef]
3. Pendlebury ST, Lovett NG, Smith SC et al. Observational, longitudinal study of delirium in consecutive unselected acute medical admissions: age-specific rates and associated factors, mortality and re-admission. BMJ Open 2015; 5: e007808. [PubMed][CrossRef]
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. utg. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
5. Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. Delirium hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 1596 - 600. [PubMed][CrossRef]
6. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2: 81 - 4. [PubMed][CrossRef]
7. 4AT – Rapid assessment test for Delirium. <http://www.the4at.com/> (7.12. 2015).
8. Evensen S, Forr T, Al-Fattal A et al. Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2016; 136: 299 - 300. [PubMed][CrossRef]
9. Norsk geriatriisk forening. Tester og registreringsskjemaer. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-geriatriisk-forening/Geriatriisk-test>

Publisert: 23. juni 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0480

Mottatt 26.5.2017, godkjent 2.6.2017.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. februar 2026.