



**Bedömningsinstrument  
för delirium & kognitiv nedsättning**

Patientens namn:

Personnummer:

Datum:

Klockslag:

Testare:

**[1] VAKENHET**

Innefattar patienter som kan vara märkbart dåsiga (t.ex. svåra att väcka och/eller är uppenbart sömnlösa under bedömningen) eller agiterade/hyperaktiva. Observera patienten. Om patienten sover, försök att väcka patienten genom tilltal eller med en mjuk beröring på axeln. Be patienten att uppge sitt namn och sin adress för att underlätta skattningen.

Ringa in  
svaren

Normal (helt vaken, men inte agiterad, genom hela bedömningen)	0
Lätt sömnlös i <10 sekunder efter uppvaknande, därefter normal	0
Tydligt onormalt	4

**[2] AMT4 (kognitiv förmåga)**

Ålder, födelsedatum, plats (namn på sjukhuset eller byggnaden), nuvarande år.

Inga misstag	0
1 misstag	1
2 eller flera misstag/omöjlig att testa	2

**[3] UPPMÄRKSAMHET**

Be patienten: "Räkna upp årets månader i baklänges ordning, börja med december".  
För att underlätta förståelsen är frågan "vilken är månaden före december?" tillåten.

Årets månader baklänges	Klarar 7 månader eller fler korrekt	0
	Börjar men klarar < 7 månader/vägrar börja	1
	Omöjlig testa (kan inte börja; mår inte bra, dåsig, ouppmärksam)	2

**[4] AKUT FÖRÄNDRING ELLER FLUKTUERANDE FÖRLOPP**

Belägg för betydande förändring eller fluktuation i: vakenhet, kognition, annan mental funktion (t.ex. paranoia, hallucinationer) som uppstått under de senaste 2 veckorna och som fortfarande är uppenbar de senaste 24 timmarna

Nej	0
Ja	4

≥ 4: möjligt delirium +/- kognitiv nedsättning  
1-3: möjlig kognitiv nedsättning  
0: delirium eller svår kognitiv nedsättning osannolik,  
(men delirium är fortfarande möjligt om informationen i [4]  
är ofullständig)

**4AT POÄNG**

**VÄGLEDNING**

Version 1.2. Information och nedladdning: [www.the4AT.com](http://www.the4AT.com)

4AT är ett screeninginstrument utformat för snabb initial bedömning av delirium och kognitiv nedsättning. Poäng ≥ 4 tyder på delirium, men är inte diagnostiskt: mer detaljerad bedömning av kognitiv status kan behövas för diagnos. Poäng mellan 1-3 tyder på kognitiv nedsättning och mer detaljerad kognitiv testning och anamnes krävs. En poäng på 0 utesluter inte delirium eller kognitiv nedsättning definitivt: mer detaljerad testning kan behövas beroende på kliniskt sammanhang.

Punkterna 1-3 bedöms *enbart vid observation av patienten vid bedömningsstillfället*. Punkt 4 kräver information från en eller flera källor, t.ex. egen kunskap om patienten, annan personal som känner patienten, dokument från primärvård/kommun, journalanteckningar. Bedömaren bör ta hänsyn till kommunikationssvårigheter hos patienten (hörselnedsättning, dysfasi, avsaknad av gemensamt språk) när testet utförs och poängen tolkas.

**Vakenhet:** Ändrad nivå av vakenhet är mycket sannolikt delirium i sjukhusmiljö. Om patienten uppvisar betydande förändrad vakenhet under bedside-bedömningen, ges poäng 4 i punkt [1].

**AMT4 (Förkortat kognitivt test - 4):** Poängen kan extraheras från poängen i AMT10 om den gjorts omedelbart innan.

**Akut förändring eller fluktuerande förlopp:** Fluktuerande förlopp kan förekomma utan delirium i vissa fall av demenssjukdom, men tydligt fluktuerande förlopp indikerar vanligtvis delirium. För att underlätta bedömningen av hallucinationer och/eller paranoida tankar, fråga patienten frågor som: "Är du orolig över något som händer här?"; "Känner du dig rädd för någonting eller någon?"; "Har du sett eller hört något ovanligt?"