



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Klínískar leiðbeiningar

um greiningu, forvarnir og meðferð við óráði

EFNISYFIRLIT

INNGANGUR	4
VINNUFERLI	5
KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR	6
Mat á áhættuþáttum	6
Mat á óráði	6
Fyrirbyggjandi meðferð við óráði	7
Meðferð við óráði	8
Fræðsla og stuðningur	9
VIÐAUKI A – ÁHÆTTUÞÆTTIR ÓRÁÐS	10
VIÐAUKI B - SKIMTÆKIÐ DOS	11
VIÐAUKI C - SKIM- OG GREININGARTÆKIÐ CAM	12
VIÐAUKI D - SKIM- OG GREININGARTÆKIÐ CAM-ICU	13
VIÐAUKI E - DSM-IV GREININGARSKILMERKI ÓRÁÐS	14
VIÐAUKI F – 4AT PRÓFIÐ: SKIMAR EFTIR ÓRÁÐI OG VITRÆNNI SKERÐINGU	15
VIÐAUKI G - LYFJAMEÐFERÐ VIÐ ÓRÁÐI	17
VIÐAUKI H – LYF SEM GETA TENGST ÓRÁÐI	20
VIÐAUKI I – FRÆÐSLUEFNI	24
HEIMILDASKRÁ	27

Hópur fagfólks á Landspítala vann að gerð þessara leiðbeininga. Þær taka einkum mið af leiðbeiningum NICE (National Institute for Health and Care Excellence) um greiningu, fyrirbyggingu og meðferð óráðs (Delirium: diagnosis, prevention and management. Quick Reference Guide) [1]. Einnig er lögð áhersla á að setja fram upplýsingar um lyfjameðferð og lyf sem tengjast óráði á hagnýtan hátt.

Markmið leiðbeininganna er að auka þekkingu og árvækni heilbrigðisstarfsmanna á óráði og stuðla þannig að bættri greiningu og meðferð við óráði.

Leiðbeiningarnar eru ætlaðar heilbrigðisstarfsfólki á sjúkrastofnunum. Þær lýsa leiðum til að finna, fyrirbyggja, greina og meðhöndla óráð. Sérstök áhersla er lögð á fyrirbyggingu óráðs hjá sjúklingum í áhættuhópi með markvissum aðgerðum án lyfja.

Þessar leiðbeiningar ná ekki til barna yngri en 18 ára, sjúklinga í lífslokameðferð eða þeirra sem eru í fráhrarfi vegna áfengis- og/eða vímuefna.

Í vinnuhópnum voru:

- Bryndís Hrönn Kristjánsdóttir, sjúkraliði
- Elfa Þöll Grétarsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun aldraðra
- Eygló Ingadóttir, hjúkrunarfræðingur
- Hlíf Guðmundsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun aldraðra
- Ingibjörg Gunnþórsdóttir, lyfjafræðingur
- Jóna Pálína Grímsdóttir, hjúkrunarfræðingur
- Jónína Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðingur. Hópstjóri
- Lovísa Agnes Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur
- Sólborg Þóra Ingjaldsdóttir, hjúkrunarfræðingur
- Steinunn Arna Þorsteinsdóttir, hjúkrunarfræðingur MS. Ritstjóri
- Tryggvi Þórir Egilsson, sérfræðingur í lyf- og öldrunarlækningum

Umsagnaraðilar: Ari Jóhannesson, Gyða Baldursdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Katrín Blöndal og Sigríður Zoëga.

INNGANGUR

Óráð (bráðarugl, delirium) er heilkenni sem einkennist af truflun á meðvitund, vitrænni getu og skyntúlkun. Óráð byrjar skyndilega og hefur sveiflukenndan gang. Óráð er algengt, alvarlegt og flókið vandamál sem tengist slæmum horfum. Með því að bregðast hratt og rétt við má koma í veg fyrir það og bæta batahorfur sjúklinga.

Óráð getur verið til staðar þegar sjúklingur kemur á sjúkrahúslegu eða komið til eftir innlögn. Óráð hefur verið flokkað í undirflokkar eftir birtingarmynd einkenna. Það getur einkennst af vanvirkni (hypoactive) eða ofvirkni (hyperactive) en sumir sjúklingar sýna merki um hvort tveggja. Sjúklingar með ofvirknieinkennum óráðs geta verið eirðarlausir, órólegir og árásargjarnir en hinir halda sig til baka, eru hljóðir og sofandalegir, enda er þetta stundum kallað þögult óráð. Það getur verið erfitt að greina blandað og þögult óráð, einnig að greina á milli óráðs og heilabilunar (dementia) og sjúklingur getur verið með hvort tveggja. Ef vafi leikur á greiningu skal meðhöndla sjúkling í byrjun eins og hann sé með óráð.

Aldraðir og sjúklingar með heilabilun, alvarlega sjúkdóma eða mjaðmabrot eru líklegri til að þróa með sér óráð en aðrir. Algengi óráðs hjá sjúklingum á lyflækningadeildum er 20 – 30% og 10 - 50% hjá sjúklingum eftir skurðaðgerðir.

Sjúklingar sem fá óráð eru líklegri til að:

- liggja lengur á sjúkrahúsi eða á gjörgæsludeild
- þróa með sér heilabilun
- fá fylgikvilla tengda sjúkrahúslegu s.s. byltur og þrýstingssár
- þurfa lengri endurhæfingu og/eða dvöl á hjúkrunarheimili
- hafa skertari lífslíkur.

Besti árangur meðferðar byggist á góðu samstarfi og upplýsingaflæði milli heilbrigðisstarfsfólks, sjúklings og aðstandenda. Með samþykki sjúklings ætti fjölskyldan einnig að vera virkur þátttakandi í ákvörðunarferli varðandi meðferð og umönnun og fá upplýsingar um alla þá aðstoð sem í boði er og gæti gagnast best.

VINNUFERLI

Við komu á sjúkrahús

Mat á áhættupáttum óráðs gert við innskrift / innan 24 klst. frá innlögn

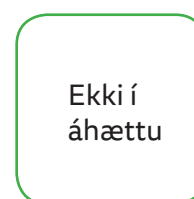
Er einstaklingur með einhvern eftirfarandi áhættuþátta?

- o 65 ára eða eldri
- o Vitræn skerðing
- o Nýtt mjaðmarbrot
- o Alvarleg veikindi

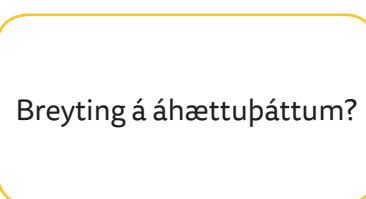
Já



Nei



Já

Eru nýlegar breytingar (klst/daga) á:

vitrænni starfsemi
skynjun
líkamlegri starfsemi
félagslegri hegðun

Spyrjum sjúkling og aðstandendur

Já →

Meta skal einkenni og staðfesta greiningu með því að notast við DSM / CAM. Nota CAM-ICU á gjörgæslu og vöknun

Nei



Dagleg skimun með DOS Fjölpátta fyrirbyggjandi meðferð.



Óráð ekki staðfest

Óráð staðfest

Ef erfitt er að greina á milli óráðs og heilabilunar skal fyrst meðhöndla óráð



Meðferð við óráði

KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR

Mat á áhættuþáttum

Við innlögn á sjúkrahús eða aðra heilbrigðisstofnun skal innan sólarhrings meta hvort eftirfarandi áhættuþættir séu til staðar.

- Aldur, 65 ára og eldri.
- Vitræn skerðing eða heilabilun (fyrr saga eða nýtilkomin). Ef grunur er um vitræna skerðingu, skal hún metin nánar með viðurkenndum aðferðum.
- Nýlegt mjaðmarbrot.
- Alvarleg veikindi (sjúkdómsástand fer versnandi eða er í hættu á að versna).

Sjá nánar um orsakir og áhættuþætti í [viðauka A](#)

Mat á óráði

Við innlögn skal kanna hvort til hafi komið breytingar á hegðun sjúklings síðustu klukkustundir eða daga á undan. Upplýsingar um það geta komið frá sjúklingi sjálfum, aðstandanda eða umönnunaraðila. Eftirfarandi breytingar gefa vísbendingar um óráð og vera skal sérstaklega 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 breytingu á samskiptum, skapferli, hugarástandi eða viðhorfum.

Nota skal [DOS¹](#) (Delirium observation screening scale) til að meta hvort einkenni um óráð séu til staðar hjá sjúklingum í áhættu.

- Hjá sjúklingi í áhættu skal skima 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.
- Mikilvægt er að skrá áhættu og mat á einkennum og setja fram viðeigandi hjúkrunargreiningu.

Ef grunur er um óráð skal lækni framkvæma mat skv. greiningarskilmerkjum DSM-IV eða með skim- og greiningartækinu CAM til að staðfesta sjúkdómsgreininguna og skrá í sjúkraskrá.

Ath. Ef erfitt er að greina á milli óráðs og heilabilunar skal fyrst meðhöndla óráð.

- Á gjörgæslu og vöknun er [CAM-ICU](#) tækið notað við skimun og greiningu.
- [4AT](#) er próf sem skimar eftir óráði og vitrænni skerðingu. Það er talið fljótlegt og næmt fyrsta mat á vitrænni skerðingu og óráði og hefur notkun náð útbreiðslu í Evrópu. Ekki er fjallað um notagildi þess í NICE leiðbeiningunum en ákveðið var að bjóða upp á það sem valkost í þessum leiðbeiningum [2,3]. Mælitækið er að finna í [viðauka E](#)

¹ Ekki er mælt með DOS skimtækinu í NICE leiðbeiningunum en þau einkenni sem NICE leggur áherslu á að séu metin við komu og síðan daglega eru samhljóða einkennum sem koma fram í DOS skimtækinu.

Fyrirbyggjandi meðferð við óráði

Tryggja skal að sjúklingur sem er í hættu á að fá óráð sé undir eftirliti heilbrigðisstarfsfólks sem þekkir til hans. Ekki skal flytja sjúkling innan deildar eða milli deilda nema það sé óhjákvæmilegt. Meðferðin sem veitt er byggist á því mati sem gert er á sjúklingi.

1. Bregðast við hugrænni skerðingu/ óáttun með því að:

- Hafa viðeigandi birtustig (gera greinamun á nóttu og degi) og sjá til þess að viðkomandi sjái á dagatal og klukku
- Auka áttun einstaklings með því að nefna hvar hann er, hvers vegna og hvert þitt hlutverk sé
- Örva hugarstarf t.d. í gegnum endurminningar
- Hvetja til heimsóknna fjölskyldu og vina

2. Fyrirbyggja vökvaskort/þurrk og hægðatregðu:

- Hvetja sjúkling til að drekka nægilega. Gefa vökva í æð ef þarf
- Leita ráðgjafar vegna vökvameðferðar ef sjúklingur er með flókna langvarandi sjúkdóma
- Fylgjast með hægðalosun og gefa hægðalyf ef þarf

3. Meta einkenni súrefnisskorts og gefa súrefni ef þarf.

4. Fylgjast með einkennum um sýkingu:

- Fylgjast með einkennum sýkinga og veita viðeigandi meðferð
- Forðast óþarfa þvagleggi ([ráðleggingar sýkingavarna LSH](#))
- Fylgja leiðbeiningum sýkingavarna vegna inniliggjandi leggja

5. Bregðast við takmarkaðri hreyfigetu með því að:

- Hvetja til hreyfingar fljótt eftir skurðaðgerð
- Hvetja til reglulegrar göngu og/eða aðstoða í stól (hafa viðeigandi hjálpartæki aðgengileg)
- Hvetja til virkra liðferlisæfinga, líka hjá þeim sem eru rúmfastir

6. Bregðast við verkjum með því að:

- Meta verki með viðeigandi verkjakvarða
- Meta óyrt einkenni verkja sérstaklega hjá þeim sem eru með tjáskiptaerfiðleika (t.d. sjúklinga með heilabilun, með barkaslöngu eða í öndunarvélum)
- Veita viðeigandi verkjameðferð hjá þeim sem eru greindir með verki eða grunaðir um að vera með verki

7. Endurskoða lyfnotkun m.t.t. hvers konar lyf um ræðir og fjölda þeirra.

8. Bregðast við vannæringu með því að:

- Fylgja [klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga](#)
- Tryggja að lausar tennur passi vel, sé fólk með þær

9. Bregðast við breyttri / skertri skynjun með því að:

- Fjarlægja orsök ef við á, s.s. hreinsa burt eyrnamerg
- Tryggja að gleraugu og heyrnartæki séu tiltæk fyrir þá sem nota slíkt

10. Tryggja góðan svefn og eðlilegt svefnmynstur með því að:

- Forðast inngrip á svefntíma
- Skipuleggja lyfjagjafir þannig að ekki verði truflun á svefntíma
- Tryggja rólegt umhverfi og draga úr áreitum á svefntíma
- Bjóða upp á slakandi tónlist ²[4,5,6]
- Bjóða upp á baknudd, fóta- eða handanudd fyrir svefntíma ³[4,5,6]

Meðferð við óráði

- Hjá sjúklingi með óráð skal greina og meðhöndla undirliggjandi orsakir.
- Lögð er rík áhersla á góð samskipti við sjúkling og að hjálpa honum að ná áttum (til dæmis útskýra fyrir honum hvar hann er staddur, hver þú ert o.s.frv.) og hughreysta hann.
- Stuðla þarf að þægilegu umhverfi þannig að sjúklingur upplífi sig öruggan.
- Meta þörf fyrir stuðning frá ættingjum og vinum.
- Ef sjúklingur er mjög órólegur eða í hættu á að skaða sjálfan sig eða aðra skal fyrst reyna að róa hann með eða án orða.

Lyfjameðferð við óráði

- Ef einstaklingur með óráð er órólegur eða í hættu á að skaða sjálfan sig eða aðra og ef tilraunir til að róa viðkomandi duga ekki eða eiga ekki við, ætti að íhuga skammtíma meðferð með halóperídól eða ólanzapín (helst styttra en viku). Halóperídól er oftast kjörlyf. Byrja skal með lága skammta og auka varlega ef þörf er á í samræmi við einkenni.
- Forðast ætti notkun geðrofslyfja eða gæta varúðar við notkun hjá sjúklingum með Parkinson sjúkdóm, Parkinson heilkenni eða Lewy Body heilabilun.
- Sjá nánar um lyfjagjafir í [viðauka G](#).

Ef óráð lagast ekki

- Fara aftur yfir mögulegar undirliggjandi orsakir.
- Skoða sjúkling m.t.t. heilabilunar.

^{2,3} Ekki fjallað um óhefðbundnar meðferðir í NICE leiðbeiningunum en niðurstöður rannsókna hafa sýnt fram á gagnsemi slakandi tónlistar og nudds sem meðferð til að bæta svefn.

Fræðsla og stuðningur

Upplýsa skal sjúklinga og aðstandendur þeirra um eftirfarandi atriði

- Að ráð sé algengt og að það gangi oftast yfir á skömmum tíma.
- Helstu einkenni óráðs.
- Að láta vita ef skyndileg breyting verður á hegðun eða hugsun.
- Afhenda fræðsluefni (viðauki J) og fara yfir efni hans með aðstandanda.

Veita skal sjúklingum sem hafa fengið ráð stuðning með því að

- Hvetja þá til að ræða reynslu sína við heilbrigðisstarfsmenn þegar ráðið er liðið hjá.
- Meta þörf á áframhaldandi stuðningi.

VIÐAUKI A – ÁHÆTTUÞÆTTIR ÓRÁÐS

Mjög sterk tengsl við óráð	Talsverð tengsl við óráð	Nokkur tengsl við óráð
Aldur >65 ár	Samverkandi langvinnir sjúkdómar**	Þunglyndi
Vitræn skerðing	Æðaskurðaðgerð	Heyrnarskerðing
Sjónskerðing		Fjölyfjanotkun***
Alvarleg líkamleg veikindi. (*APACHE II stígun veikinda)		Þurrkur
Beinbrot við innlögn		Kyn
Sýking		Truflanir á jóna- og saltbúskap
Fjötrar		Hreyfingarleysi
		Lausheldni á þvag og hægðir
		Þvagleggur

*Breytingar á lífsmörkum (hækkun/lækkun á líkamshita, óeðlilega hraður/hægur/óreglulegur púls, of hárlágur blóðþrýstingur, of há/lág öndunartíðni, breyting á súrefnisþrýstingi, truflanir á síru- basa jafnvægi, truflanir á saltbúskap, hækkun á kreatínini, breytingar á blóðhag, aldur >45 ár, lækkun á Glasgow coma scale, skorpulífur, lokastígs hjartabilun, langvinn lungnateppa (súrefnisháð), skilunarmeðferð vegna nýrnabilunar, ónæmisbæling, skurðaðgerð.

**Saga um hjartadrep/hjartabilun, útæðasjúkdóm, heilaæðasjúkdóm, heilabilun, langvinna lungnateppu, bandvefssjúkdóm, magasár, sykursýki, langvinnan nýrnasjúkdóm, helftarlömun, hvítblæði, eitlakraðamein, krabbamein, lífrarsjúkdóm, alnæmi, aldur >40 ár.

***Lyf eru talin mikilvægur þáttur óráðs [7,8,9]. Fjöldi lyfja getur aukið hættu á óráði og eru aldrei sérstaklega útsettir fyrir óæskilegum aukaverkunum eða milliverkunum lyfja.

Ítarlegri umfjöllun um tengsl lyfja við óráð er að finna í [viðauka H](#).

VIÐAUKI B - SKIMTÆKIÐ DOS

nýtilkomin einkenni eða breytingar á hegðun

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

Svarið „á stundum eða alltaf við“ gefur 1 stig.

≥ 3 stig benda til óráðs

VIÐAUKI C - SKIM- OG GREININGARTÆKIÐ CAM

(Confusion assessment method-CAM)

Stytt útgáfa

BOX 1

I. BYRJAR SKYNDILEGA OG GANGUR ER SVEIFLUKENNDUR

- Er merki um skyndilega breytingu á hugarstarfi miðað við venjulegt ástand sjúklings? Nei_____ Já_____
- Var þessi (óeðlilega) hegðun sveiflukennd yfir daginn, þ.e.a.s. hafði tilhneigingu til að koma og fara eða er alvarleiki hegðunar að aukast eða minnka? Nei_____ Já_____

II. ATHYGLISBRESTUR

- Átti sjúklingur í erfiðleikum með að halda athygli, var t.d. auðvelt að trufla hann eða átti hann erfitt með að fylgja fyrirmælum? Nei_____ Já_____

III. ÓSKIPULÖGÐ HUGSUN

- Var hugsun sjúklings óskipulögð eða samhengislaus, t.d. vaðið úr einu í annað eða óviðeigandi tal, óskýrt eða órókrétt flæði hugmynda eða óvænt skipt um umræðuefni? Nei_____ Já_____

IV. BREYTING Á MEÐVITUNARSTIGI

Þegar á heildina er litið hvernig metur þú meðvitund sjúklings?

__Vakandi (eðlilegt)

- Var um sig /ör (hyperalert)
- Sljór (syfjaður, auðvelt að vekja)
- Meðvitundalítill (erfitt að vekja)
- Meðvitundalaus (ekki hægt að vekja)

Er merkt við eitthvað í skyggða boxinu hér að ofan?

Nei_____ Já_____

Ef merkt er JÁ við öllum spurningum í boxi 1 og að minnsta kosti annarri spurningunni í boxi 2 er lagt til að sjúklingur sé greindur með óráð.

VIÐAUKI D - SKIM- OG GREININGARTÆKIÐ CAM-ICU

(Confusion assessment method for the ICU)

1. Skyndilegar eða sveiflukenndar breytingar á hugarástandi	Stig	Hakið í ef til staðar
Hefur hugarástand sjúklings breyst? eða verið sveiflukennt undanfarinn sólahring skv. mælikvarða á meðvitundarástandi (t.d. RASS, GCS eða miðað við fyrra óráðsmat)?	Já við annarri hvorri spurningunni	<input type="checkbox"/>
2. Athyglisbrestur		
Stafapróf (myndapróf sjá leiðbeiningar) Segðu við sjúkling „Ég ætla að lesa upp fyrir þig 10 bókstafi í röð. Þegar þú heyrir bókstafinn A, kreistu þá hönd mína“ S A V E A H A A R T Telst vera villa ef sjúklingur kreistir ekki hendi þegar stafurinn A er nefndur og ef hann kreistir hendi ef annar stafur er nefndur.	Fjöldi af villum > 2	<input type="checkbox"/>
3. Breyting á meðvitundarstigi		
Telst vera jákvætt ef RASS stig er annað en vakandi og rólegur (núll)	RASS annað en 0	<input type="checkbox"/>
4. Ruglingsleg/órökrétt hugsun		
Já / Nei spurningar (sjá leiðbeiningar um fleiri spurningar) 1. Flýtur steinn á vatni? 2. Eru fiskar í sjónum? 3. Er eitt kíló þyngra en tvö kíló? 4. Er hægt að nota hamar til að negla nagla? Telst vera villa ef sjúklingur svara spurningu vitlaust. Fyrirmæli Segðu við sjúkling: „Haltu uppi svona mörgum fingrum“ (haltu 2 fingrum upp fyrir framan sjúkling) „Gerðu núna það sama með hinni hendinni“ (Ekki endurtaka fjölda fingra) *Ef sjúklingur getur ekki hreyft báðar hendur til að framkvæma seinni hluta fyrirmæla biddu hann að „bæta við einum fingri“ Telst vera villa ef sjúklingur getur ekki framfylgt báðum fyrirmælunum.	Samanlagður fjöldi af villum > 1	<input type="checkbox"/>
Óráð til staðar (CAM-ICU Positive) = Þáttur 1 og 2 og annað hvort 3 eða 4	Uppfyllir skilyrði	<input type="checkbox"/> Óráð til staðar
	Uppfyllir ekki skilyrði	<input type="checkbox"/> Óráð ekki til staðar

VIÐAUKI E - DSM-IV GREININGARSKILMERKI ÓRÁÐS

Skilmerki skv. DSM-IV
<ul style="list-style-type: none">○ Truflun á meðvitund (skertur hæfileiki til að skynja umhverfið) og athygli.○ Truflun á vitrænni getu (minni, áttun, mál) eða skyntúlkun (mis- eða ofskynjanir), sem skýrist ekki af heilabilun.○ Byrjar skyndilega (á klst. eða dögum), sveiflukenndur gangur yfir sólarhringinn.○ Saga, skoðun og rannsóknir benda til að ástandið sé vegna afleiðinga almenns sjúkdómsástands, eiturverkana eða aukaverkana lyfja eða annarra efna eða fráhrarfs.

VIÐAUKI F – 4AT PRÓFIÐ: SKIMAR EFTIR ÓRÁÐI OG VITRÆNNI SKERÐINGU

1) Vökuástand:

Tekur til sjúklinga sem geta verið mjög syfjulegir (sem er t.d. erfitt að vekja og/eða eru greinilega syfjaðir á meðan á matinu stendur) eða eru órólegir/ofvirkir. Fylgstu með sjúklingnum. Ef hann er sofandi, reyndu þá að vekja hann með ávarpi eða léttri snertingu á öxl. Spyrðu að nafni og heimilisfangi til að hjálpa við matið.

Eðlilegt vökuástand (vel vakandi, en ekki órólegur í viðtali)	0
Dálítil syfja í minna en 10 sek. eftir að vaknar, síðan vel vakandi	0
Greinilega óeðlilegt vökuástand	4

2) AMT4:

Aldur, fæðingardagur, staður (nafn sjúkrahúss/stofnunar/byggingar), ár.

Allt rétt	0
Eitt atriði rangt	1
Tvö eða fleiri atriði röng / ekki hægt að prófa	2

3) Athygli:

Spurðu sjúklinginn: “Geturðu talið upp mánuði ársins í öfugri röð og byrjað á desember?”

Til að aðstoða við skilning má einungis segja einu sinni: “Hvaða mánuður er á undan desember?” Mánuðir í öfugri röð:

Telur upp 7 mánuði á réttan hátt	0
Byrjar, en telur upp < 7 mánuði / neitar að byrja	1
Óprófanlegur (getur ekki byrjað vegna vanlíðunar, syfju, athyglisbrests)	2

4) Skyndileg breyting eða sveiflukenndur gangur:

Vísbendingar um marktæka breytingu eða sveiflu á: vökuástandi, hugsun eða annarri vitrænni starfsemi (t.d. ofsóknarkennd, ofskynjanir) sem hófst síðustu 2 vikurnar og er enn til staðar síðustu 24 klst.

Nei	0
Já	4

4AT samtals stig:

4 eða yfir: Mögulega óráð +/- vitræn skerðing. **1-3:** Möguleg vitræn skerðing. **0:** óráð eða vitræn skerðing ólíkleg (mögulega þó óráð ef vantar upplýsingar um 4)

Leiðbeiningar: Upplýsingar á veraldarvef: www.the4AT.com

4AT er skimpróf, hannað sem fljótlegt og næmt fyrsta mat á vitrænni skerðingu og óráði. Fjögur eða fleiri stig eru vísbending um óráð en nægja ekki til greiningar, til þess gæti þurft frekara mat á vitrænni getu. Eitt til þrjú stig er vísbending um vitræna skerðingu en þá þarf ítarlegra mat á vitrænni getu og upplýsingar frá aðstandanda. Atriði 1) -3) eru metin eingöngu með skoðun og viðtali. Um atriði 4) þarf að leita upplýsinga frá einni eða fleiri heimild, t.d. sjúklingi, öðru heilbrigðisstarfsfólki t.d. hjúkrunarfræðingum, úr sjúkraskrá, frá heimilislækni eða aðstandendum.

Prófandi ætti að hafa í huga mögulega tjáningarerfiðleika (heyrnarskerðingu, málstol, tungumálaerfiðleika) við mat sjúklings og við stigagjöf.

Vökuástand: Þegar breyting verður á vökuástandi eða árvekni innliggjandi sjúklings er mjög líklegt að hún stafi af óráði. Ef marktæk breyting er á vökuástandi á meðan á matinu stendur, þá á að gefa 4 stig fyrir þennan lið. AMT4 (“stutt mat á vitrænni getu” eða “abbreviated mental test-4”): Þessi stig er hægt að taka beint úr fullu “AMT” ef búið er að gera það skömmu áður.

Skyndileg breyting eða sveiflukenndur gangur: Einkenni heilabilunar geta í sumum tilfellum verið sveiflukennd þó að óráð sé ekki til staðar, en áberandi sveiflukenndur gangur bendir venjulega til óráðs. Til að hjálpa við að fá fram hvort sjúklingur hafi ofs kynjanir og/eða ofsóknarhugmyndir þá má spyrja, t.d.: “Ertu hrædd/hræddur um að eitthvað vafasamt sé í gangi hérna?”, “Ertu hrædd/hræddur við eitthvað/ einhvern?”, “Hefurðu séð eða heyrt eitthvað óvenjulegt?”. Á almennum sjúkrahúsdeildum (m.a. lyflækninga-og skurðlækningadeildum) eru geðrofseinkenni í sjúklingum oftast til marks um óráð fremur en geðsjúkdóm (s.s. geðklofa).

VIÐAUKI G - LYFJAMEÐFERÐ VIÐ ÓRÁÐI

Rannsóknir sem styðja gagnsemi lyfjameðferðar eru af skornum skammti og ekki hefur verið sýnt fram á ótvíræða gagnsemi neinnar ákveðinnar lyfjameðferðar með vönduðum rannsóknum sem endurteknar hafa verið til að geta sannreynt niðurstöður [10,11].

Fullyrðingar varðandi klínísk áhrif lyfjameðferðar við óráði [10,12].

<i>Lyfjaflokkar</i>	<i>Niðurstaða</i>	<i>Styrkur vísbendinga</i>
Dæmigerð geðrofslyf borin saman við lyfleysu	Marktækur bati verður á óráði og marktæk minnkun á alvarleika þess í sjúklingum sem meðhöndlaðir eru með halóperidól miðað við þá sem eru ekki meðhöndlaðir með því lyfi.	Miðlungs- sterk
Ódæmigerð (atýpísk) geðrofslyf borin saman við lyfleysu	Sjúklingar sem fá ólanzapín jafna sig fyrir af einkennum óráðs og alvarleiki þess minnkar marktækt miðað við þá sem eru ekki meðhöndlaðir með því lyfi.	Miðlungs- sterk
Samanburður tveggja ódæmigerðra (atýpískra) geðrofslyfja:	Ekki er marktækur munur á lengd þess tíma sem óráð varir og á alvarleika óráðs hvort sem meðhöndlað er með amisulpride og quetiápíne.	Veik
Samanburður dæmigerðra og ódæmigerðra (atýpískra) geðrofslyfja	Enginn marktækur munur hvað varðar bata óráðseinkenna hvort sem meðhöndlað er með halóperidól eða ólanzapín. Ekki er marktækur munur á alvarleika óráðseinkenna hvort sem meðhöndlað er með halóperidól eða ólanzapín.	Veik Miðlungs sterk

Eftirfarandi eru lyf sem veik eða takmörkuð gagnreynd rannsóknargögn styðja að geti komið að gagni til að fyrirbyggja eða meðhöndla óráð en er ekki mælt með í leiðbeiningum NICE [13].

- Fyrirbyggjandi áhrif hvað varðar tíðni óráðs, alvarleika einkenna þess eða hve lengi óráð varir eftir skurðaðgerðir: Halóperidól, risperidón, melatónín, gabapentín, iliac fascia compartment blokk, létt í stað djúprar slævingar með própópóli í aðgerð, stök gjöf ketamíns við innleiðingu svæfingar [14,15].
- Fyrirbyggjandi áhrif hvað varðar tíðni eða alvarleika einkenna óráðs í gjörgæslusjúklingum: Dexmedetomidín-dreypi [16,17].
- Fyrirbyggjandi áhrif hvað varðar nýgengi óráðs í sjúklingum á lyflækningadeildum: Melatónín [18,19].
- Meðferð sem gæti minnkað og stýtt óráðseinkenni: Risperidón, Quetiápín [20,21,22,23,24].

Hagnýt atriði varðandi lyf til meðferðar óráðs, skammta þeirra, aukaverkanir o.fl.

Halóperídól er oftast kjörlyf.

Ábendingar:

Sjúklingur með óráð er örvæntingarfullur, með ofskynjanir, ranghugmyndir eða er órólegur eða í hættu á að skaða sjálfan sig eða aðra.

Frábendingar:

Parkinson-heilkenni, mikil meðvitundarskerðing, illkynja sefunarheilkenni (NMS eða „neuroleptic malignant syndrome“) og illviðráðanleg flogaveiki.

Skammtar:

Byrja með lága skammta og auka varlega ef þörf er á:

0,5 - 1 mg x 2 eða 0,5 - 1 mg á 4 klst. fresti eftir þörfum Gefið um munn eða í vöðva.

Hámark 3 - 5 mg á dag nema í undantekningatilvikum. Hámarksáhrif eru eftir 4-6 klst. ef gefið um munn en eftir 20 - 40 mín. ef gefið í vöðva.

Aukaverkanir:

Utanstrýtueinkenni (einkum ef skammtur er >3 mg á dag), eirðarleysi sem getur líkst versnandi óráði og lenging QT-bils.

Varúð:

Æskilegt er að leiðrétta truflanir á elektrólýtum og taka hjartalínurit áður en meðferð hefst með geðrofslyfjum, sérstaklega ef fyrirhugað er að nota stóra skammta. Íhuga ætti að forðast, minnka eða stöðva geðrofslyf ef leiðrétt QT-bil er ≥ 450 msec eða er $\geq 25\%$ lengra en á fyrra EKG. [10,13,11,25].

Geðrofslyf - aðrir valkostir:

Risperidón 0,5 mg x 1 - 2 p.o., [13,21,22,23,26,27,28,29].

Ólanzapín 2,5 mg x 1 - 2 eða 5 mg x 1. [10,30,13,26,29].

Quetíapín 12,5-25 mg x 1 - 2 p.o. [20,13,24,27,29,30].

(tvö síðastnefndu er betri en halóperídól ef utanstrýtueinkenni eru til staðar)

Benzódíazepín - lyf

Eru kjörlyf ef sjúklingur er í fráhrarfi frá róandi lyfjum eða alkóhóli.

Þau eru stundum notuð ef einstaklingur er órólegur og hefur utanstrýtueinkenni. Þau má líka nota sem viðbót við geðrofslyf, sérstaklega ef til staðar eru mikil kvíðaeinkenni eða angist.

Oxazepam 5-10 mg p.o. x 1-3.

Önnur lyf:

Klórmetíazól (Heminevrin®) verkar á GABA viðtaka. Það er ekki benzodíazepín lyf, en er stundum notað ef sóst er eftir róandi- eða svefnáhrifum, 300 mg x 3-4 p.o. eða 300-600 mg p.o. að kvöldi [31].

Melatonín er hormón sem er framleitt í heilaköngli. Það hefur áhrif á dægursveiflu og stuðlar að eðlilegum nætursvefni. Íhuga mætti notkun þess í fyrirbyggjandi tilgangi eða sem hluta af meðferð a.m.k. ef auk þess eru svefntruflanir [18,19].

Circadín (melatonin) forðatöflur 2 mg x 1 að kvöldi.

Mikill æsingur eða árásarhneigð:

- Við miklum æsingi eða árásarhneigð má gefa halóperídól 2 mg p.o. eða risperidón 2 mg p.o.
- Gefa má halóperídól í vöðva ef inntaka er ekki möguleg eða einkenni eru mikil, allt að 2 - 5 mg i.m.
- Annar valkostur er ólanzapín 2,5 - 5 mg i.m. Klórprómazín 50 - 100 mg i.m. er síðri kostur því það hefur veruleg andkólinvirk áhrif.
- Með geðrofslyfi mætti nota mídazolám, allt að 2,5 - 5 mg i.m. / s.c. (eða 1 mg i.v.), lórazepam, allt að 0,5 - 2 mg i.v. / i.m. eða díazepam, allt að 5 mg i.v. / i.m. í byrjun, í undantekningartilfellum [26,32,25,30].

VIÐAUKI H – LYF SEM GETA TENGST ÓRÁÐI

Talið er að lyf séu mikilvægur orsakavaldur í allt að 39% óráðstílfella. [7,8,9]. Mörg algeng ávísuð lyf geta valdið andkólínvirkum aukaverkunum sem geta verið alvarlegar og valdið varanlegum skaða [33,7,9,34].

Aldraðir eru sérstaklega næmir fyrir óráði vegna lyfja. Ástæðurnar fyrir því eru eftirfarandi:

1. Hjá öldruðum hægist á nýrna- og lifrarstarfsemi. Við það getur dregið úr umbroti og útskilnaði lyfja. Lágur albúmín í blóði hefur áhrif á þéttni lyfja sem eru með mikla próteinbindingu, og getur því magn af fríu lyfi hækkað verulega í blóði.
2. Talið er að ójafnvægi verði á taugaboðefnum með hækkuðum aldri, og því meiri líkur á næmni heila fyrir lyfjum sem virka á miðtaugakerfið [33,7,8].

Þegar leitað er orsaka óráðs hjá sjúklingi er mikilvægt að **fara vel yfir öll lyf** sem hann tekur þ.m.t. lausasölyf og náttúruyf. Beina skal athyglinni sérstaklega að nýjum lyfjum og mögulegum milliverkunum. Athuga þarf fjölda, tegund og skammta andkólínvirkra lyfja, því fleiri lyf með andkólínvirkar aukaverkanir því meiri hættu er á óráði. Fara þarf yfir mögulegar milliverkanir, einstaklingsbundin lyfjahvörf, erfðaþætti, aldur og aðra sjúkdóma.

Andkólínvirkar aukaverkanir skiptast í útlæg (peripheral) og miðlæg (central) einkenni.

Útlæg einkenni: Munnþurrkur, augnþurrkur, hægðatregða, minnkaðar þarmahreyfingar, útvíkkun ljósops, þvagtregða, hraðtaktur, minnkuð svitamyndun, minni stinning getnaðarlíms.

Miðlæg einkenni: Minnstruflanir, rugl (confusion), óáttun (disorientation), æsingur, ofskynjanir, óráð, byltur [33].

Mismunandi skortæki hafa verið þróuð til að mæla andkólínvirkni álag lyfja [9,33]. Má nefna The Anticholinergic Risk Scale (ARS)

http://www.magellanofaz.com/media/757303/magellan_anticholinergic_risk_scale_2014.pdf og

the Drug Burden Index (DBI)

<http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012AGSBeersCriteriaCitations.pdf>.

Serótónínheilkenni er aukaverkun af serótónínvirkum lyfjum [7,35,36]. Það er lífshættulegt ástand og einkennist af óróleika, rugli, ofsjónum, miklum svita án hreyfingar, sótthita, hröðum hjartslætti, breytingum á blóðþrýstingi, niðurgangi, ógleði og uppköstum. Einnig geta komið fram einkenni s.s. vöðvakrampar, skjálfti og tap á samhfingu. Hætta er á serótónínheilkenni þegar tveir sérhæfðir serótónín endurupptökuhemlar (SSRI) eru gefnir samtímis, einnig er clómipramín þekkt fyrir að hafa valdið serótónínheilkenni. Alvarlegustu tilfellin eru þó þegar mónóamín oxídashemill (MAO-hemill) er gefinn með serótónín og noradrenlín endurupptökuhemlum (SNRI) eins og venlafaxíni [35]. Samtímis notkun tramadóls með serótónínvirkum lyfjum eykur verulega hættu á serótónínheilkenni. Mælt er með að ávísa minnsta mögulega skammti eða velja annað verkjalyf til að minnka líkur á serótónínheilkenni [36].

Eftirfarandi tafla er samantekt á lyfjum sem þekkt er að geti orsakað eða ýtt undir óráð.

Geðlyf	
<i>Geðrofslyf</i>	Eru þau lyf sem eru notuð við óráði. Samkvæmt rannsóknum eru þessi lyf, sérstaklega eldri geðrofslyf og þau sem eru andkólnvirk, talin geta valdið óráði. Óráð af völdum geðrofslyfja er háð skammti lyfja og aldri sjúklings [33,7,8,9,37,34]
<i>Róandi lyf</i> <ul style="list-style-type: none"> • Benzodíazepín • Svefnlyf 	<p>Benzodíazepín lyfin auka hættu á óráði og er hún meiri ef notað eru langvirkandi lyfjaform og háir skammtar. Gæta skal varúðar ef óráð verður vegna fráhrarfseinkenna eftir að hætt er að gefa róandi lyf og gæta sérstakrar varúðar ef lyfið er með langan helmingunartíma [33,7,8,9,38]. Þekkt eru tilfelli þar sem svefnlyfið zolpidem, hefur valdið rugli, óáttun og óráði [9].</p>
<i>Þunglyndislyf</i> <ul style="list-style-type: none"> • Þríhringlaga þunglyndislyf • SSRI/SNRI • MAO hemlar 	<ul style="list-style-type: none"> • Þríhringlaga þunglyndislyf eru flest andkólnvirk og geta því orsakað óráð t.d. amitriptylín (síður nortriptylín), SSRI eru minna þekkt fyrir að valda óráðseinkennum en þó eru tilfelli skráð þar sem flúoxetín og cítalópram voru tengd óráði. Varhugvert er að gefa MAO - hemla með öðrum þunglyndislyfjum. • SSRI/SNRI eru líklegir til að valda einkennum seretónínheilkennis og þá sérstaklega ef samtímis meðferð með öðrum serótónínvirkum lyfjum t.d. öðrum þunglyndislyfjum, tramadol og mígrenilyfjum. • Varast skal að stöðva meðferð SSRI/SNRI lyfja snögglega vegna mögulegra fráhrarfseinkenna og því mælt með að trappa meðferð hægt niður. • SSRI lyf geta valdið elektrólýta ójafnvægi eins og natríumlækkun í blóði [33,7,9].
<i>Lítium</i>	Vísbendingar eru um að lítíum, jafnvel innan viðmiðunarmarka, geti valdið óráði. Gruna skal lítíumeitrun ef sjúklingur er á samsettri meðferð lítíums og annarra geðrofslyfja. Gæta skal varúðar ef lyf, sem gefin eru samtímis með lítíum, skiljast út um nýru. Þar sem lítíum er með þröngan meðferðarglugga skal ávallt mæla S-lítíum gildi [33,7,8,39].
Verkjalyf.	
<i>Ópíóíðar</i> <ul style="list-style-type: none"> • Petidín • Morfín • Oxýcódon • Fentanýl • Tramadol 	<p>Vísbendingar eru um að ópíóíðar tvöfalda líkur á óráði hjá sjúklingum á lyf- og skurðeildum, en sjaldnar hjá sjúklingum á gjörgæslu. Ekki er mælt með notkun petidíns í verkjameðferð, það veldur oftast óráði en aðrir ópíóíðar.</p> <p>Morfín er yfirleitt fyrsta val ef velja á ópíóíða en ef það þolist illa eða frábendingar eru fyrir notkun þess er hægt að nota aðra ópíóíða. Samkvæmt rannsóknum virðist oxýcódon hafa minnstar líkur á því að valda óráði. Einnig er hægt að nota fentanýl. Ef sjúklingur er með bráða verki skal þó ekki forðast notkun ópíóíða þótt grunur sé um óráð. Vert er að muna að gefa lægsta einstaklingsmiðaðan skammt og nota fjölþætta meðferð verkjalyfja (t.d. paracetamol til viðbótar við ópíóíða) [33,8,9,38,40,37].</p> <p>Varast ber samhliða notkun tramadols og annarra lyfja sem hafa áhrif á serótónín.</p>
<i>Bólguþendi gigtarlyf (NSAIDs)</i>	Tilkynningar vegna óráðs af völdum NSAID eru þekktar. NSAID geta valdið bráðri nýrnabilun ef þau eru tekin samtímis lyfjum sem útskilin eru um nýru [7,8,9].
Hjartalyf	
<i>Lyf við hjartsláttartruflunum</i> <ul style="list-style-type: none"> • Dísópýramíð • Digoxín 	Lyf við hjartsláttartruflunum geta valdið óráði, t.d. dísópýramíð er mjög andkólnvirk. Í öldruðum, vegna minnkaðrar nýrnastarfsemi, getur jafnvel venjulegur dígoxin skammtur margfaldast og því valdið dígoxineitrun. Þekkt er að beta - blokkar, sérstaklega fituleysanlegir eins og própanólól en þó líka metóprólól,

<ul style="list-style-type: none"> • Própranolól • Metóprólól <p><i>Þvagræsandi lyf</i></p> <p><i>Blóðþrýstingslækkandi lyf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Metyldópa • Klónidín <p><i>Kalsíumgangalokar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nífedipín 	<p>geti valdið óráði.</p> <p>Þvagræsandi lyf geta mögulega orsakað óráð með því að valda þurrki og elektrólýta ójafnvægi.</p> <p>Metyldópa er einnig mjög þekkt fyrir að valda miklum aukaverkunum á miðtaugakerfi eins og óráði. Einnig eru blóðþrýstingslækkandi lyf sem virka miðlægt eins og klónidín þekkt fyrir að valda breytingu á andlegri líðan [33,8,9].</p> <p>Sérhæfðir kalsíumgangalokar eins og nífedipín eru taldir mögulega geta aukið líkur á óráði [9].</p>
Antíhistamín lyf	
<p><i>1. kynslóða- antíhistamín H1-lyf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hýdroxýzín • Dífenhýdramín • Prómetazín 	<p>Aukin hætta ef gömlu 1. kynslóða antíhistamín H1 - lyf eru gefin t.d. hýdroxýzín, dífenhýdramín, prómetazín. Nýrri lyfin t.d. lóratadín hafa minni hættu á óráði [7,8,9,38].</p>
Meltingarfæralyf	
<p><i>H2-viðtakablokkar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Címetidín <p><i>Krampalosandi lyf á meltingarfæri</i></p> <p><i>Ógleðistillandi lyf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Próklórperazín • Skópólamin 	<p>Vísbendingar eru um að lítil hætta sé á óráði þegar ranitidín eða famótidín er gefið. Þekktara er að címetidín geti valdið óráði vegna andkólvirkra áhrifa (1,2).</p> <p>Eru flest andkólinvirk lyf.</p> <p>Próklórperazín og skópólamin eru andkólinvirk lyf og geta því mögulega valdið einkennum óráðs [33,7,8,9].</p>
Lyf við ofvirkri þvagblöðru	
<ul style="list-style-type: none"> • Oxýbútýnín • Tolteródín 	<p>Oxýbútýnín er mjög andkólinvirk og því algjör fráþending ef óráð. Tolteródín er einnig talið stuðla að óráði vegna sömu áhrifa [33,7,8,38].</p>
Lyf notuð við Parkinsonsjúkdómi	
<ul style="list-style-type: none"> • Levódópa • Rópíniról • Pramipexól • Brómócriptín • Pergólíð • Amantadín • Selegilín 	<p>Lyf við Parkinsonsjúkdómi geta öll valdið vitrænni skerðingu, andkólinvirk Parkinson lyf valda frekar óráði. Levódópa er talið geta orsakað óráð en skyldi yfirleitt ekki stöðva. Lyf sem íhuga á að stöðva eru brómócriptín, pergólíð, amantadín og selegilín en þau geta mögulega valdið óráði. Nýrri dópamín samherjar s.s. pramipexól og rópíniról geta valdið óráði og þá sérstaklega ofskynjunum [7,8,9, 41].</p>
Krampastillandi lyf	
<ul style="list-style-type: none"> • Phenóbarbital • Prímídon • Klónazepam • Valpróínsýra • Carbamazepín • Fenýtóín 	<p>Geta öll valdið vitrænni skerðingu þrátt fyrir meðferðaskammta en virðist draga úr einkennum ef skammtar minnkaðir. Phenóbarbital, prímídon og klónazepam valda frekar vitrænni skerðingu en valpróínsýra, carbamazepín og fenýtóín. Ef lyfjamæling er möguleg og grunur um óráð skal framkvæma mælingu. Æskilegt er að mæla bæði albúmín og kreatín í blóði vegna dreifingar og útskilnaðar fenýtóíns [7,8].</p>

Sterar	
	Háir skammtar, langtímameðferð og ef sterameðferð er stöðvuð of fljótt eða snögglega, geta ýtt undir óráðseinkenni [7,8,38].
Sýklalyf	
Kínólónar <ul style="list-style-type: none"> Cíprófloxasín 	Fjölmörg sýklalyf geta mögulega valdið einkennum óráðs en flokkur kínólóna er þekktastur t.d. cíprofloxacín. Ráðlagt er að huga vel að skömmtun hjá öldruðum og þeim sem hafa skerta nýrnastarfsemi [7,8,38].
Náttúru efni	
<ul style="list-style-type: none"> Jóhannesarjurt (St.JohnsWort), Podophyllin (í kínversku náttúruseyði) GHB (gammabutrolactone) Mandrake Henbane Jimson Weed Atropa belladonna extract 	Mörg náttúru efni geta verið eitruð og valdið ýmsum skaðlegum einkennum. Þar sem um er að ræða mikinn fjölda af efnum verða hér aðeins talin upp nokkur sem hafa tengst aukaverkunum á miðtaugakerfi t.d. [7,8, 33].

VIÐAUKI I – FRÆÐSLUEFNI

Óráð hjá fullorðnum Upplýsingar fyrir aðstandendur.

Hvað er óráð?

Óráð er skyndilegt, tímabundið ruglástand sem veldur breytingu á því hvernig fólk hugsar og hegðar sér. Aldraðir eru í mestri áhættu. Það getur skipt sköpum að fylgjast með einkennum um óráð og meðhöndla orsakirnar tímanlega.

Hvað veldur óráði?

- Sýking
- Aukaverkanir lyfja
- Að taka lyfin ekki skv. fyrirmælum
- Nýleg aðgerð í svæfingu
- Versnandi langvarandi veikindi
- Vökvaskortur/þurrkur
- Vannæring
- Hægðatregða
- Verkir
- Byltur eða beinbrot
- Breytingar á umhverfi eða sjúkrahúsvist
- Skert sjón og heyrn

Hvað veldur því að einstaklingur er líklegur til að fá óráð?

Fólk er líklegra til að fá óráð ef það hefur:

- Fengið óráð áður
- Röskun á minni eða hugsanaferli
- Alvarleg veikindi sem leiða til sjúkrahúsvistar
- Vökvaskort/þurrk
- Vandamál með sjón og heyrn
- Notar 5 eða fleiri tegundir af ávísuðum lyfjum.

Einkenni óráðs eru m.a.:

- Rugl
- Óróleiki
- Æsingur
- Samhengislaust tal
- Ofsjónir og ofheyrnir
- Að gera ekki greinarmun á nóttu og degi
- Syfja eða sljóleiki
- Að gleyma stund og stað
- Einbeitingaskortur
- Að truflast auðveldlega af áreiti í umhverfinu
- Að þekkja illa umhverfi sitt
- Erfiðleikar við að halda vöku

Hvernig er óráð greint?

Óráð er greint með því að

- Taka eftir einkennum um óráð
- Fá upplýsingar um sjúkrasögu einstaklings
- Fá upplýsingar um vitræna getu einstaklings, daglegar athafnir (venjur), samskiptamáta, skapferli, hegðun og svefnmynstur
- Framkvæma líkamsskoðun
- Leita að orsökum með því að t.d. taka blóðprufur, þvagsýni og/eða röntgenmyndir

Hvernig er óráð meðhöndlað

Það er mjög mikilvægt að finna orsökina eins fljótt og auðið er. Það þýðir að gera þarf rannsóknir og spyrja spurninga. Þegar búið er að finna orsökina er hægt að veita réttu meðferðina. Meðferðin getur m.a. falist í lyfjagjöf eða breytingu á umhverfi einstaklings. Venjulega gengur óráð yfir á nokkrum dögum eða vikum en sumir svara ekki meðferð í margar vikur. Aðrir ná sér aldrei að fullu og röskun á minni og hugsun hverfur ekki. Þetta er einstaklingsbundið.

Hvað getur þú gert til þess að hjálpa?

1. Fræðst um óráð
 - Þekkt einkenni óráðs sem fram koma í þessum bæklingi.
 - Látið lækni eða hjúkrunarfólk vita ef þú tekur eftir einhverjum af þessum einkennum.
2. Stuðlað að heilbrigðum svefni og hvíld með því að:
 - Draga úr áreitum og hávaða
 - Minnka eða slökkva ljós á hvíldartíma
 - Auka vellíðan með koddum, teppum, heitum vökva eða baknuddi
 - Nota ekki svefnlyf ef hægt er
3. Stuðla að hreyfingu með því að:
 - Aðstoða við að setjast upp eða ganga
 - Fá leiðbeiningar um réttar æfingar og hreyfingu
4. Stuðla að hollustu í mat og drykk:
 - Hvatning og aðstoð við að matast
 - Bjóða oft upp á vökva
5. Stuðla að betri heyrn með því að:
 - Hvetja til notkunar á heyrnartækjum
 - Tryggja að heyrnartæki virki rétt

6. Stuðla að betri sjón:
 - Hvetja til notkunar á gleraugum eða stækkunargleri
 - Sjá um að halda gleraugum hreinum
 - Nota góða lýsingu

7. Stuðla að andlegri örvun með því að:
 - Fá vini til að koma í heimsókn
 - Hafa setningar stuttar og einfaldar
 - Minna hlýlega á hvar einstaklingur er og hvað er að gerast
 - Tala um atburði líðandi stundar og hvað er að gerast í umhverfi einstaklings
 - Lesu upphátt, nota stórt letur eða hljóðbækur
 - Koma með klukku, dagatal eða myndir að heiman

Mikilvægt er að hafa í huga að óráð er ekki heilabilun. Heilabilun er stigvaxandi hrörnun í heila sem leiðir til þess að hugsun versnar dag frá degi. Heilabilun er ekki hægt að lækna.

Mikilvægt er að fara yfir fræðsluefnið með viðkomandi áður en það er afhent.

HEIMILDASKRÁ

1. NICE clinical guideline 103. National institute for health and clinical excellence Delirium: quick reference guide (2010) <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49913/49913.pdf>
2. Bellelli G et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and Ageing* 2014; 0: 1–7.
3. Lees R et al. 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.
4. Inouy o.fl., (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*.
5. Lundstrom, M, Olafsson B, Stenvall M, ofl. (2007). Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clin Exp. Res*.
6. McCaffrey, R., og Locsin, R. (2004). The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *International Journal of Older People Nursing í samvinnu við Journal of Clinical Nursing*, 13, 91-96.
7. Alagiakrishnan, K., & Wiens, C. A.. An approach to drug induced delirium in the elderly. *Postgraduate Medical Journal*; 2004. 80(945), 388-393.
8. Donna M. Lisi. Definition of drug-induced cognitive impairment in the elderly; 2000 June [2014 May 20]. Sótt á: http://www.medscape.com/viewarticle/408593_5.
9. Clegg, A., & Young, J. B.. Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. *Age and ageing*; 2011. 40(1), 23-29.
10. NICE clinical guideline 103. National institute for health and clinical excellence. Delirium. Diagnosis, prevention and management. July 2010. <http://guidance.nice.org.uk/CG103>
11. Inouye S. et al. Delirium in elderly people. *The Lancet* 2014; 383 (9920):911-922.
12. NICE NHS Evidence. Delirium: Evidence update april 2012. A summary of selected new evidence relevant to NICE Clinical guideline 103 Delirium. Diagnosis, prevention and management (2010). Evidence update 14. www.evidence.nhs.uk
13. Friedman J. et al. Reviews and overviews. Pharmacological treatments of non-substance withdrawal delirium: A systematic review of prospective trials. *Am J Psychiatry* 2014; 171(2): 151-159.
14. Wang W, Li HL, Wang DX et al. Haloperidol prophylaxis decreases delirium incidence in elderly patients after noncardiac surgery: a randomized controlled trial. *Crit Care Med*. 2012 Mar;40(3):731-9.
15. Hudetz JA, Patterson KM, Iqbal Z et al. Ketamine attenuates delirium after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2009 Oct;23(5):651-7.
16. Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial. *JAMA*. 2009 Feb 4;301(5):489-99.
17. Barr J, Fraser GL, Puntillo K et al. ASHP therapeutic guidelines. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*. 2013; 41:263–306.
18. Hatta K et al. Preventive effects of Ramelteon on delirium. A randomized placebo controlled trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(4):397-403.
19. Al-Aama T, Brimer C, Gutmanis I et al. Melatonin decreases delirium in elderly patients: A randomized, placebo-controlled trial. *Internat J Ger Psychiatry*. 2011;26(7): 687–694.
20. Lee KU, Won WY, Lee HK et al. Amisulpride versus quetiapine for the treatment of delirium: a randomized open prospective study. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20:311-314.

21. Prakanrattana U and Prapaitrakool S. Efficacy of Risperidone for Prevention of Postoperative Delirium in Cardiac Surgery. *Anaesth Intens Care* 2007;35(5):714-9.
22. Kim SV, Yoo JV, Lee SY et al. Risperidone versus olanzapine for the treatment of delirium. *Hum Psychopharmacol*. 2010 Jun-Jul;25(4):298-302.
23. Han CS, Kim YK. A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. *Psychosomatics*. 2004 Jul-Aug;45(4):297-301.
24. Devlin JW, Roberts RJ, Fong JJ et al. Efficacy and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: A prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Crit Care Med* 2010;38(2);1-9.
25. Morandi A et al. Consensus and variations in opinions on delirium care: a survey of European delirium specialists. *Internat. Psychogeriatr* Jul 2013; 1-9.
26. Wilson MP et al. Behavioral Emergencies: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med*. 2012(13):1:26-34.
27. MacLulich A. et al. New horizons in the pathogenesis, assessment and management of delirium. *Age and aging* 2013;42:667-674.
28. Bourne R et al. Review article. Drug treatment of delirium: Past, present and future. *J of Psychosom Res* 2008;65:273-282.
29. Mittal V, Muralee S, Williamson D, et al. Delirium in the elderly: A comprehensive review. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* 2011; 26(2):97-109.
30. Reade MC, Finfer S. Sedation and delirium in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2014; 370(5): 444-454.
31. Chabria SB et al. Review article. Inpatient management of alcohol withdrawal: a practical approach. *Signa Vitae*. 2008; 3(1): 24 – 29.
32. Campbell N et al. Review. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults – A systematic evidence review. *J Gen Intern Med* 2009; 24(7): 848-853.
33. Bostock, C. V., Soiza, R. L., & Mangoni, A. A. Association between prescribing of antimuscarinic drugs and antimuscarinic adverse effects in older people. *Expert review of clinical pharmacology*; 2010. 3(4), 441-452.
34. MacLulich AM, Anand A, Davis DH, Jackson T, Barugh AJ, Hall RJ & Cunningham C. New horizons in the pathogenesis, assessment and management of delirium. *Age and ageing*; 2013, 42(6), 667-674.
35. Jacobsen EI, Björnsson ES. Lyfjaspurningin: Of mikið serótónín í heilanum? *Læknaþlaðið*; 2010 [2014 May 23]. 12. tbl. 96.árg. Sótt á: <http://www.laeknabladid.is/tolublod/2010/12/>
36. Savage R. Serious Reactions with Tramadol: Seizures and Serotonin Syndrome. *Prescriber Update*; 2007 Oct [2014 April]. 28(1) 11-13. Sótt á: <http://www.medsafe.govt.nz/profs/PUArticles/TramSerious.htm>
37. Carpenter RC. Which Medications Are Associated With Incident Delirium? *Annals of Emergency Medicine*; 2012 April, 59(4), 321–322.
38. Chan, P. K.. Clarifying the confusion about confusion: Current practices in managing geriatric delirium. *British Columbia Medical Journal*; 2011, 53(8).
39. Miodownik, C., Alkatnany, A., Frolova, K., & Lerner, V.. Delirium associated with lithium-quetiapine combination. *Clinical neuropharmacology*; 2008, 31(3), 176-179.
40. Chau, Diane L., et al. "Opiates and elderly: use and side effects." *Clinical interventions in aging*; 2008, 3.2, 273.
41. Grover S, Ghosh A. A case of ropinirole-induced psychosis. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2010;12(6).