


| | | | | |
|---|--------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|  | | PASIENTER OG BRUKERE | | Retningslinje |
| CAM-ICU DELIR VURDERINGSVERKTØY FOR INTENSIVPASIENTER | | | | Side 1 av 4 |
| Dokument ID: II.SOK.AIO.SSK.2.a-13 | Gruppe: □ | Godkjent dato: 10.02.2026 | Gyldig til: 10.02.2028 | Revisjon: 3.08 |

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Pasientgruppe/Pasientforløp/Annen målgruppe

Pasienter innlagt på Intensiv avdeling, Intensiv SSK

Hovedformål :

Å sikre sufficient behandling av intensiv delirium.

Består av 4 delinstrukser:

1. Instruks om anvendelse av [RASS score](#)
2. Veiledning i anvendelse av CAM-ICU (denne instruks)
3. [Non-farmakologisk forebygging og behandling av intensiv delir](#)
4. [Farmakologisk behandling av intensiv delir](#)

Denne instruks` formål:

Gjennom påvisning av intensiv delir, hurtig å kunne innsette en behandling av tilstanden. Vurderingen bør utføres hos alle pasienter 3 ganger i døgnet og dokumenteres på intensiv døgnkurven.

En mer utførlig veiledning i utførelsen av CAM-ICU med svar på ofte stilte spørsmål samt referanser finnes på http://icudelirium.org/docs/CAM_ICU_training_Norwegian.pdf

Definisjon av begreper:

Se i Instruks for [Nonfarmakologisk behandling av Intensiv delir](#).

CAM-ICU© står for Confusion Assessment Method for ICU.

I en CAM-ICU scoring kobles en sedasjonsscore og en delirium monitorering i en to trinns bedømmelse av bevisstheten. Delspørsmålene i CAM-ICU (1-4) besvares med ja eller nei, mens testresultatet besvares med positiv eller negativ. Om pasienten er CAM-ICU negativ, positiv eller umulig å vurdere (UÅV) føres inn på intensiv døgnkurven (pos/neg/UÅV).

Man vil ofte inndele delirets alvorlighetsgrad etter hvor agitert pasienten er, det vil si ut fra RASS scorens positive verdier (+1 til +4).

Fremgangsmåte

Utførelse av CAM-ICU:

Trinn 1: Sedasjonsvurdering med RASS score

Hvis RASS er -4 eller -5 (ikke i stand til å åpne øynene på tiltale), så stopp.

Hvis RASS er over - 4 (-3 til +4) så fortsett til trinn 2

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|---|
| Utarbeidet av: Ph.D Henrik Skovbon og int.spl. Oddveig Reiersdal | Først utgitt: 09.03.2011 | Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Peter Bohge | Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik | □ |
|--|------------------------------------|--|--|---|

| | | | | | |
|---|--|--|------------------------------|---|-------------------|
|  | | CAM-ICU delir vurderingsverktøy for intensivpasienter | | | Side: 2 Av: 4 |
| Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-13 | Utarbeidet av: Ph.D Henrik Skovbon og int.spl. Oddveig Reiersdal | Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Peter Bohge | Godkjent dato: 10.02.2026 | Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik | Revisjon: 3.08 |

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Trinn 2: Delirium vurdering med CAM-ICU

elementer inngår i vurderingen:
mentale endringer eller et svingende forløp

Kjennetegn 2: Uoppmerksomhet

Kjennetegn 3: Påvirket bevissthetsnivå

Kjennetegn 4: Desorganisert tankegang

Følgende 4

Kjennetegn 1: Akutt oppståtte

Delir er påvist hvis både kjennetegn 1 og 2, samt kjennetegn 3 eller 4 er til stede.

Kjennetegn 1: Akutt endret eller vekslende mentalstatus.

1A: Er det en akutt innsettende endring i pasientens mentale status sammenlignet med hans/hennes normale mentale status? (evt spør pårørende hvordan pasienten er til vanlig). *eller*

1B: Har pasientens mentale status vekslet de siste 24 timer, f eks uttrykt ved endringer på en sedasjons/våkenhetsskala (f. eks. RASS, GCS)?

Score: Hvis ja på et av spørsmålene, gå videre til neste trinn. Hvis nei, stopp test, - pasienten har ikke delir (Neg).

Kjennetegn 2: Uoppmerksomhet

2 A. Auditiv oppmerksomhetstest (bokstavtest)

Instruksjoner: Si til pasienten: *"Jeg kommer til å lese opp 10 bokstaver. Hver gang du hører bokstaven "A" skal du klemme meg i hånden."* Les bokstavene fra følgende liste i et normalt toneleie med en hastighet på én bokstav pr. sekund.

K A T A M A R A A N


Scoring: Feil telles når pasienten ikke klemmer i hånden ved bokstaven "A" og når pasienten klemmer på en hvilken som helst annen bokstav enn "A".

Scoring: 0-2 feil: "Nei" og CAM-ICU negativ. > 2 feil: Gå videre i testen, til trinn 3

Hvis pasienten ikke er i stand til å klemme hånden, bruk:

2 B. Visuell oppmerksomhetstest (bildetest).

** Se bildepakke (A og B)**

| | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|---|-------------------|
|  SØRLANDET SYKEHU | | CAM-ICU delir vurderingsverktøy for intensivpasienter | | | Side: 3 Av: 4 |
| Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-13 | Utarbeidet av: Ph.D Henrik Skovbon og int.spl. Oddveig Reiersdal | Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Peter Bohge | Godkjent dato: 10.02.2026 | Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik | Revisjon: 3.08 |

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Merk: Hvis en pasient bruker briller, sørg for at hun/han har brillene på innen den visuelle oppmerksomhetstesten.

Trinn 1: 5 bilder

Instruksjoner: Si til pasienten, ”Herr eller fru _____, jeg vil nå vise deg bilder av noen vanlige gjenstander. Se nøye og forsøk å huske hvert bilde, fordi jeg vil spørre deg etterpå hvilke bilder du har sett”. Vis deretter Trinn 1 bildepakke A eller B, variiér hvis scoringene repeteres. Vis de første 5 bildene i 3 sekunder hver.

Trinn 2: 10 bilder

Instruksjoner: Si til pasienten, ”Nå vil jeg vise deg noen flere bilder. Noen av disse har du allerede sett og noen er nye. Fortell meg om du har sett bildet ved å nikke på hodet ja (demonstrer) og riste på hodet nei (demonstrer).” Vis deretter 10 bilder (5 nye, 5 gjentakelser) i 3 sekunder hver (Trinn 2 av Bildepakke A eller B, avhengig av hvilken som ble brukt i Trinn 1 ovenfor).

Scoring: Denne testen scores ved antallet korrekte ”ja” eller ”nei” svar i løpet av trinn 2 (av totalt 10 mulige).
0-2 feil: ”Nei” og CAM-ICU negativ. Stopp test. > 2 feil: Gå videre til neste trinn, -kjennetegn 3.

Kjennetegn 3: Påvirket bevissthetsnivå

Vurder ”aktuell RASS”. Hvis RASS er 0 (null), fortsett til neste trinn, kjennetegn 4. Hvis RASS er noe annet enn null: Score ”Ja” - pasienten har delir / CAM-ICU positiv.

Du kan nå stoppe testen. Ved tvil, kan du fortsette til trinn 4.

Kjennetegn 4: Desorganisert tankegang (kan ikke tenke klart/kognitiv påvirkning)

4A: Ja/Nei spørsmål. (Bruk enten Sett a eller Sett b, variiér gjerne mellom hver gang du delirtester samme pasient):

Sett 1

1. Vil en stein flyte på vannet?
2. Er det fisk i havet?
3. Veier en kilo mere enn to kilo?
4. Kan man bruke en hammer til å slå i en spiker?

Sett 2

1. Vil et løvblad flyte på vann?
2. Er det elefanter i havet?
3. Veier to kilo mer enn en kilo?
4. Kan man bruke en hammer til å sage ved med?

3B: Kommando (finger test)

Si til pasienten: ”Hold opp så mange fingre” (Den som undersøker holder opp to fingre foran pasienten). Si så: ”Kan du holde opp like mange fingre med den andre hånden?” (ikke vis/hold opp 2 fingre foran pasienten denne gangen). *Hvis pasienten er ute av stand til å bevege begge armene, kan du i den andre delen av kommandoen si ”Vis en finger til”.

NB. ”Ja” hvis kombinert score (3A+3B) er mer enn 1 feil.

| | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|---|-------------------|
|  SØRLANDET SYKEHU | | CAM-ICU delir vurderingsverktøy for intensivpasienter | | | Side: 4 Av: 4 |
| Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-13 | Utarbeidet av: Ph.D Henrik Skovbon og int.spl. Oddveig Reiersdal | Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Peter Bohge | Godkjent dato: 10.02.2026 | Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik | Revisjon: 3.08 |

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Delir er påvist hvis både kjennetegn 1 og 2, samt kjennetegn 3 eller 4 er til stede.

Referanser:

Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, Truman B, Speroff T, Gautam S, Margolin R, Hart RP, Dittus R. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001 Dec 5;286(21):2703-10.

Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, Speroff T, Gautam S, Bernard GR, Inouye SK. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001 Jul;29(7):1370-9.

[Ely EW](#), [Truman B](#), [Shintani A](#), [Thomason JW](#), [Wheeler AP](#), [Gordon S](#), [Francis J](#), [Speroff T](#), [Gautam S](#), [Margolin R](#), [Sessler CN](#), [Dittus RS](#), [Bernard GR](#). Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*. 2003 Jun 11;289(22):2983-91.

Guenther U, Popp J, Koecher L, Muders T, Wrigge H, Ely EW, Putensen C. Validity and reliability of the CAM-ICU Flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. *J Crit Care*. 2010 Mar;25(1):144-51. *Epub 2009 Oct 13*.

Vanderbilt University, Nashville, USA <http://icudelirium.org/assessment.html>