

Delirium – akutt forvirring til besvær

<https://youtu.be/Dusv7JHOuAg>

**”The heart is a pump,
and when it fails it is a failed pump.**

**The brain is a mystery,
and when it fails it remains a mystery”**

Prof. B Isaacs
The father of Geriatric medicine

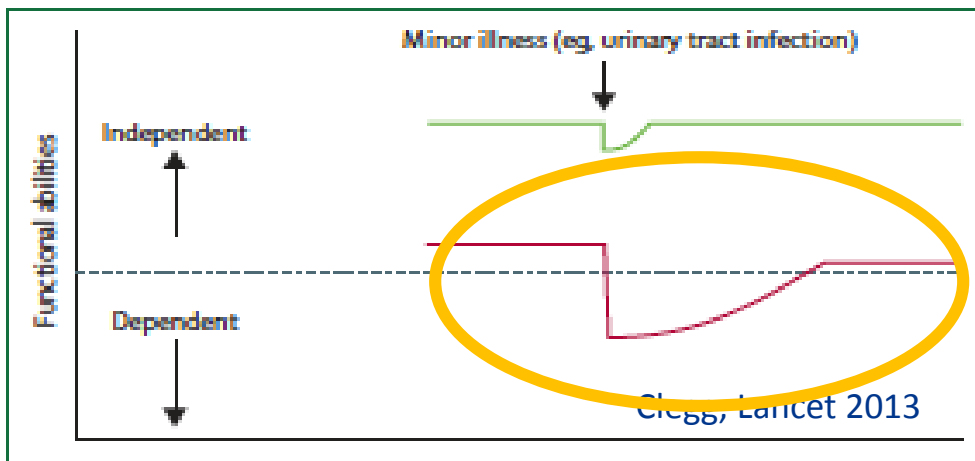
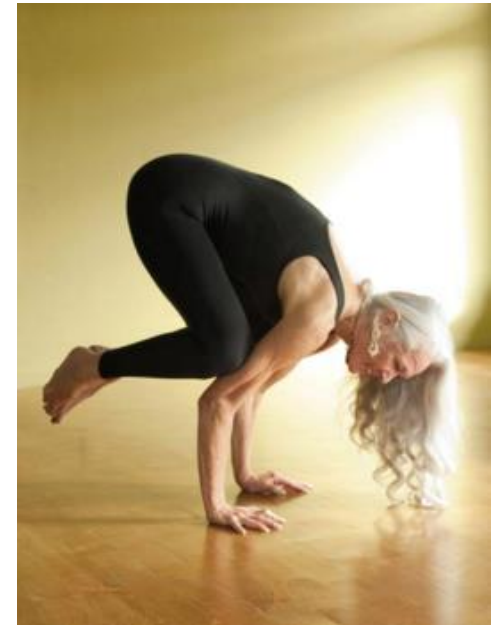


Skrøpelig pasient? Akutt funksjonssvikt? Delirium? Hva er greia?



Skrøpelighet – hvordan presenterer det seg?

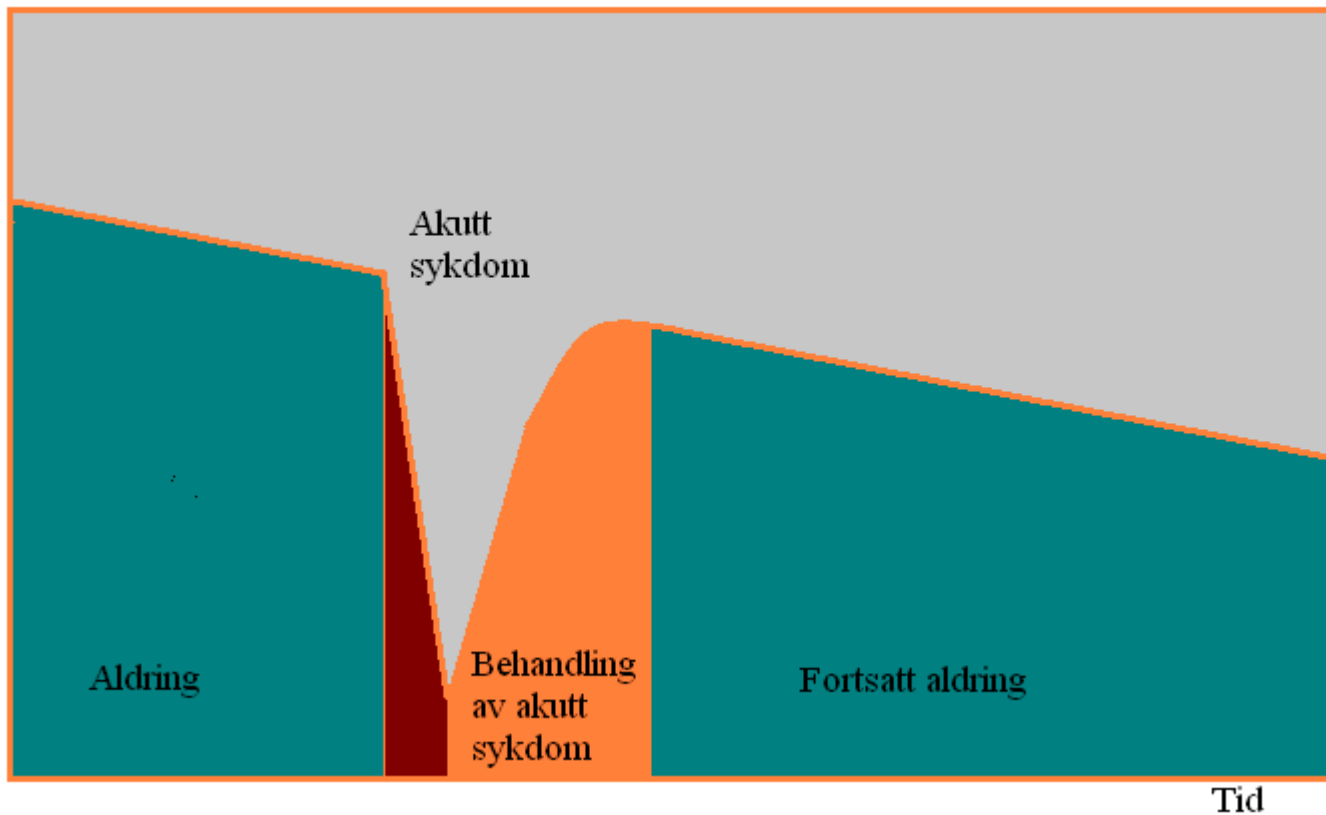
- Henger sammen med høy alder og sykdomsbyrde
 - Øker risiko for funksjonstap ved akutt sykdom
 - Sier noe om gjenstående levetid
 - Antyder risiko for bivirkninger/komplikasjoner
-
- Det motsatte av å være "frail" er å være "fit" - robust



Hva er funksjonssvikt?

- Sekkebetegnelse – som akutt abdomen og brystsmerter
- Definisjon: Tap av funksjon i minst ett ADL-område av uklar årsak
- Vanligst:
 - Akutt forvirring=delirium
 - Gangvansker/falltendens
 - Inkontinens
- Funksjonssvikt skyldes i prinsippet **alltid bakenforliggende sykdom**
- **Symptombildet** sier ofte lite om hva den bakenforliggende sykdommen er, men mer om hvilke reserver pasienten har
- **Tidsforløpet** kan si noe om bakenforliggende årsak

Funksjonsnivå



- *Finne & behandle årsak raskt!
- *Unngå ytterligere tap av funksjon:
Mobilisering!
Ernæring!

Delirium er akutt funksjonssvikt i hjernen



- Funksjonssvikt er et vanlig symptom ved akutt sykdom hos eldre
- Gamle behøver ikke ha typiske organsymptomer
- Symptomene kommer ofte fra det organet som er mest svekket fra før
- Vanlig er fall, forvirring, urinlekkasje og dehydrering
- Tid er avgjørende

Hva er delirium?

Kardinalsymptomer

- Akutt (forverret) kognitiv svikt
- Fluktuerende forløp
- Svekket oppmerksomhet
- Desorganisert tankegang
 - Vrangforestillinger
 - Usammenhengende/ulogisk
- Endret bevissthetsnivå
 - Søvnforstyrrelser
 - Oppspilthet (HYPERAKTIVT)
 - Somnolens/stupor/koma
 - Passivitet/apati (HYPOAKTIVT)

Delirium betyr "av sporet"

Lire – spor og de – "vekk fra", av



Delirium er vanlig ved innleggelse av eldre i sykehus - prosedyre og en drøm om «Demensvennlig sykehus»

Tidlig identifisering og behandling av pasienter med delirium og kognitiv svikt

1.0 Hensikt

Identifisere pasienter med kognitiv svikt og sikre oppfølging, forebygging og behandling av akutt forvirring/delirium.

2.0 Omfang

Målgruppen er pleiepersonell og leger på fagområdene hjerte, lunge, geriatri og ortopedi.

Prosedyren omfatter identifisering og oppfølging av eldre pasienter med kognitiv svikt, samt forebygging og behandling ved delirium. Prosedyren omhandler ikke intensivpasienter eller delirium tremens.

3.0 Arbeidsbeskrivelse

Delirium er en akutt kognitiv svikt som skyldes akutt somatisk sykdom, traume, medikamenter eller abstinens, og forekommer hos 20-40 % av akutt syke eldre. Pasienter med demens er spesielt utsatt. Delirium kan være det dominerende symptomet på akutt, alvorlig sykdom og gir økt risiko for komplikasjoner.

Hvordan screene for delirium?

1. Undersøker vurderer om pasienten er normalt årvåken og oppmerksom på omgivelsene (0 eller 4 poeng)
2. Kort orienteringstest (0, 1 eller 2 poeng)
3. Oppmerksomhetstest (0, 1 eller 2 poeng)
4. Vurdere om akutte endringer eller fluktuasjon (0 eller 4 poeng)



Screening for delirium og kognitiv svikt

Pasientens navn: _____ (etikett)

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 sovning 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 søvning < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal | 0 |
| Tydelig normal(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/ikke 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 for 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

Prosedyren utdyper (og gir tips)

Tiltak ved positiv screening/kognitiv svikt = forebygging

3.2.2.1 Sykepleiers oppgaver

Sykepleier skal ved positiv screening innhente veiledende behandlingsplan (VBP) «Delirium og kognitiv svikt – Screening, forebygging og behandling» (se relaterte dokumenter).

Innhent komparentopplysninger om tidligere kognitiv funksjon og spør om det har skjedd en akutt endring. Spørsmål under risikoidentifisering i VBP besvares. Informasjon om pasientens normale kognitive funksjon dokumenteres i sykepleiedokumentasjon, kartleggingsnotat skal helst benyttes.

Ved mistanke om kognitiv svikt skal sykepleier:

- Oppfordre og tilrettelegge for at pårørende og familie kan være tilstede også utenom besøkstid.
- Tilrettelegge for at pårørende kan være tilstede når viktig informasjon skal gis.
- Dele ut informasjonsbrosjyre om «Akutt forvirring», til pårørende (se relaterte dokumenter).
- Informere pasient og pårørende om utreise minst 24 t før utreise.
- Iverksette forebyggende tiltak mot delirium og dokumentere tiltak i journal eller BP:



Orienter for person, tid, sted og din rolle. Påse at pasienten har hjelpemidler for syn og hørsel.



Observer ernæring og væskebalanse, korriger hypovolemi og elektrolyttforstyrrelser.



Forebygge eliminasjonsproblemer, observer med tanke på urinretensjon.



Tidlig mobilisering. Tilrettelegg for aktivitet ut fra tidligere funksjonsnivå.



Fremme søvn. Tilstrebe ro og unngå unødige prosedyrer på natt. Begrens soving på dagtid.



Vurder smerte og administrer smertestillende



OPPFØLGENDE BEHANDLING

FOREBYGGENDE TILTAK



Optimalisere pasientens
orientering



Ernæring og dehydrering



Eliminasjon



Mobilisering



Søvnhygiene



Smerter



Legemiddelgjennomgang

Forebygge og behandle – det går nesten ut på ett...

Forebygge delirium

Ved positiv screening iverksettes forebyggende tiltak mot delirium:



Orienter for person, tid, sted og din rolle. Påse at pasienten har hjelpemidler for syn og hørsel.



Observer ernæring og væskebalanse, korriger hypovolemi og elektrolyttforstyrrelser.



Forebygg eliminasjonsproblemer, observer med tanke på urinretensjon.



Tidlig mobilisering. Tilrettelegg for aktivitet ut fra tidligere funksjonsnivå.



Fremme søvn, unngå unødige prosedyrer på natt. Begrens soving på dagtid.



Vurder smerte og administrer smertestillende.



Legemiddelgjennomgang, spesielt rettet mot uheldig medisinerings for pasienter med risiko.

Behandle delirium

Mistanke om delirium skal behandles som delirium inntil dette er avkreftet:



Identifiser underliggende akutt årsak til delirium, som lavt blodtrykk, puls, hypoksi, lavt blodsukker, infeksjon eller polyfarmasi.



Reduser forhold som bidrar til å opprettholde delirium og optimaliser forhold som bidrar til reorientering. Tilstreb enerom og primærsykepleie. Fastvakt skal på dagtid interagere aktivt med pasienten og forsøke å etablere mest mulig adekvat kontakt.



Kommuniser og informer pasient og pårørende. Opprett samarbeid med pårørende for å fremme tilstedeværelse og involvering.



Ivareta pasientsikkerheten og forebygg komplikasjoner av delirium som fall, underernæring, dehydrering, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose.



Kontakt geriater ved vedvarende delirium.

Behandling/håndtering av delirium

LEGE

Lege har ansvar for å

- Diagnostisere og utrede somatiske årsaker til delirium - Det vanligste er vanligst
- Stabilisere vitale funksjoner; vurdere behov for oksygen/væske/glukose/ blodtransfusjon.
- Vurdere indikasjon for farmakologisk behandling.

Hva er det som utløser delirium?

Det vanligste er vanligst

- Kirurgiske inngrep
- Hoftebrudd
- Infeksjoner (UVI, pneumoni, sepsis, cholecystitt, erysipelas)
- Akutt koronarsyndrom
- Dehydrering
- Elektrolyttforstyrrelser
- Polyfarmasi (psykofarmaka, smertestillende)
- Urinretensjon (!)
- Alvorlig obstipasjon
- Hypoglykemi

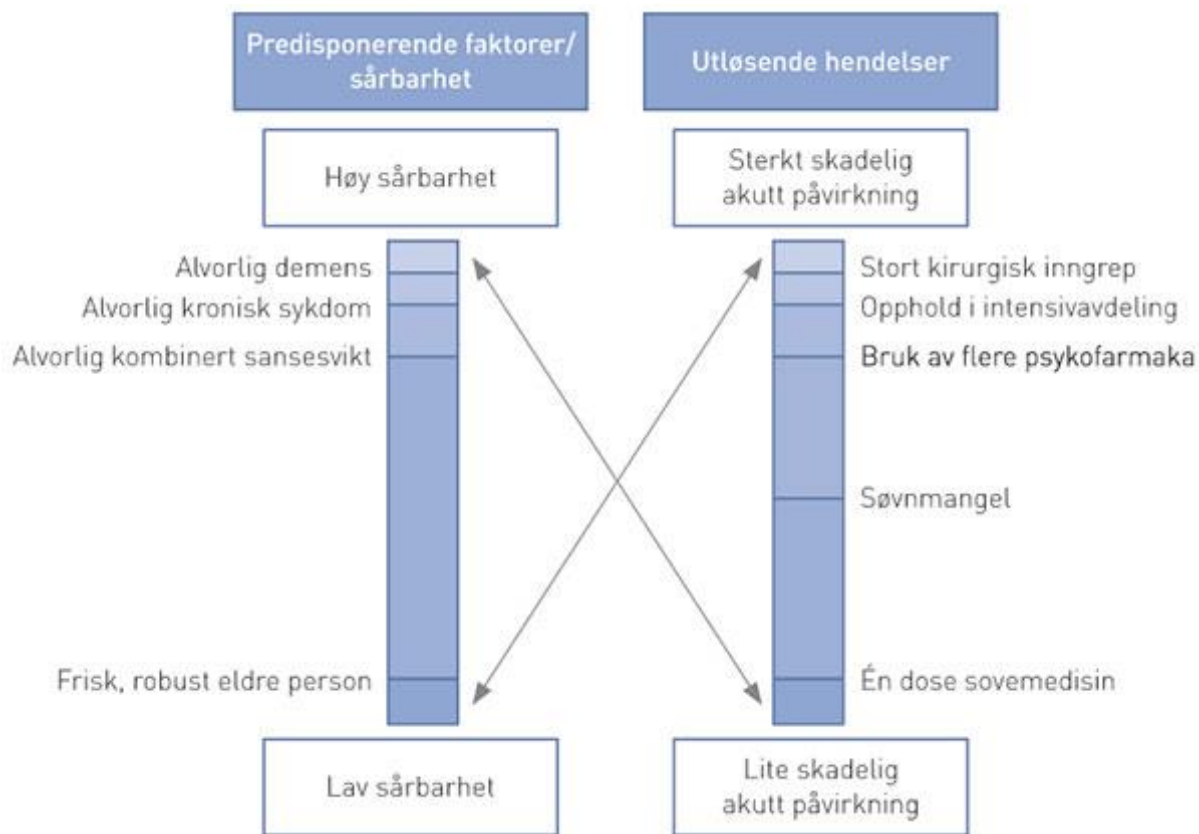
Stabilisere vitale funksjoner; vurderer behov for oksygen/væske/glukose/ blodtransfusjon



- Oksygen
- Væske
- Systolisk BT >90
- Hb >9
- Korrigere elektrolytter
- Smertelindring
- Paracetamol ved feber
- Trygging (fastvakt?)

Snu lista??

Figur 2 Skjematisk fremstilling av sammenhengen mellom utløsende faktorer og sårbarhet. En skrøpelig pasient med mange risikofaktorer kan utvikle delirium ved bare lett ytre belastning. For mer robuste pasienter skal det kraftigere akutt påvirkning til. Jo mer sårbar pasienten er, desto mindre fysiologiske avvik skal altså til for å utløse et delirium. Figur basert på illustrasjon av Deborah Maizel (17). Gjengitt og oversatt med tillatelse



Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1596-600



Isolasjon av eldre



Visits from relatives are a source of comfort for people with delirium, a common symptom of COVID-19, but many hospitals have strict no-visitor policies. Credit: Morteza Nikoubazl/NurPhoto/Getty

<https://www.sciencemag.org/news/2020/04/survivors-severe-covid-19-beating-virus-just-beginning>

«If you could design a system to be bad for how you care for older adults, you would make it such that no one could go in the room, and the family would not be allowed to visit, and ... everyone has to go in with face masks and all gowned up, so they're completely frightening," Inouye says.

Takk til Ane-Victoria Idland for lån av bilde!

Legemiddelgjennomgang

- Seponer kortvarig medikamenter som ikke er nødvendig i den akutte situasjonen (eks. statiner, bisfosfonater, antihypertensiva, antidiabetika)
- Akkurat begynt på noe nytt?
- Vær spesielt oppmerksom på uheldige medikamenter for pasienter med risiko for delirium
- Ikke bråseponer BZ, smertestillende

3.2.2.2 Lege har ansvar for å



Utføre en legemiddelgjennomgang med tanke på uheldige medikamenter og utvikling av delirium.

Uheldige medikamenter

- Tricycliske antidepressiva som Sarotex
- Antipsykotika, spesielt høydose som Largactil, Nozinan, Truxal.
- Antihistaminer som Atarax, Vallergran
- Stemetil
- Digoxin varsomhet ta S-konsentrasjon
- Litium varsomhet ta S-konsentrasjon
- Kortikosteroider i høy dose
- Inkontinensmidler som Detrusitol og Vesicare



Brukes med varsomhet

- Benzodiazepiner skal unngås men skal heller ikke bråseponeres
- Opioider og afipran er uheldig, men kan/må noen ganger brukes
- Heminevrin, brukes eventuelt kun for å indusere søvn
- Haldol/risperdal/seroquel (uheldig, men må noen ganger brukes)

Vurdere indikasjon for farmakologisk behandling **LEGE**

Begrenset evidens for bruk av antipsykotika, Dexdor og benzodiazepiner i behandling av delirium

Antipsykotika

- Plaget pasient, til fare for seg selv og andre
- Kortvarig, bør seponeres før utreise
- Kontraindisert ved Lewy body demens

Benzodiazepiner

- Bør unngås
- Ved uttalt angst Sobril ev. midazolam p.o.

Indusere søvn

- Ikke Z-hypnotika hvis nytt for pas.
- Prøv circadin
- Ev. Heminevrin, da før midnatt

- Vurdere indikasjon for farmakologisk behandling. Det er begrenset evidens for bruk av antipsykotika, deksmedetomidine og benzodiazepiner i behandling av delirium. Kortvarig antipsykotisk behandling i lave doser kan overveies dersom pasienten er betydelig plaget av psykotiske symptomer, eller er til fare for seg selv eller andre. Det kan også være nødvendig å gi medikamenter for å få gjennomført nødvendig diagnostikk og behandling av de utløsende årsakene.

| Aktuelle medikamenter | |
|-----------------------|---|
| Risperidon | 0,25 -1 mg x 2 p.o. |
| Haloperidol | 0.5 – 1 mg p.o eller i.m, maks 2 mg/døgn. |

Sykepleiers oppgave er her å ikke be om legehjelp for fort – svaret på vakt er alt for ofte medisin uten at vi vet det hjelper

| |
|---|
| For skrøpelige pasienter eller pasienter med demens kan 0,25 mg – 0,5 mg pr dose være tilstrekkelig første døgn |
| NB! Antipsykotika er relativt kontraindisert ved Lewy legeme demens og Parkinsons sykdom. Quetiapin kan vurderes (25-100 mg/døgn, fordelt på 2 doser). |
| Behandlingen skal være kortvarig og antipsykotika bør seponeres før utskrivelse. |
| Benzodiazepiner bør unngås. Ved betydelig angstkomponent kan Oksazepam eller Midazolam p.o. vurderes. Benzodiazepiner skal ikke bråseponeres pga. stor abstinensfare. |
| Indusere søvn |
| Unngå ordinær sovemedisin hvis ikke pasienten står på det fra før. |
| Circadin (Melatonin) 2 mg po. tidlig kveld kan bidra til å opprettholde døgnrytme og har lite bivirkninger. |
| Klometiazol (Heminevrin) har vært mye brukt i Norge for å indusere søvn ved delirium. Det er ingen evidens for effekt på delirium. Brukes kun til pasienter som er respiratorisk og sirkulatorisk stabile, og kun til kveldstid; 300-600 mg vesp. Heminevrin bør gis før midnatt. |

Konsekvenser av delirium

- Økt dødelighet
- Økt risiko for demens
- Stort ubehag for pasient og pårørende
- Pleietyngde
- Økt liggetid
- Store kostnader



Vurder behov for oppfølging



Informasjonssamtale



Videre utredning?



Det jeg håper dere husker:

- Delirium er et symptom og skyldes nesten alltid akutt sykdom eller skade
- Ulike varianter: HYPO-, HYPER-aktivt og blandet delirium
- Bruk og tolkning av 4AT
- Behandle utløsende årsak og optimalisere tilværelsen har STOR plass
- Medikamenter har **liten** plass i behandlingen
- Samarbeidet med pårørende er viktig for både diagnostikk og behandling av delirium
- Delirium er dramatisk for pasient, pårørende og økonomien i helsevesenet og utfordrende og slitsomt for oss som jobber her



Kan man bli god på delirium?

- Ja
- Kommunikasjon
- Væremåte
- Rammer
- Trygghet – stole på egne/kollegaers ferdigheter
- Informasjon – dialog med pårørende – delirium er veldig sjelden «vår skyld»

Tidlig identifisering og behandling av pasienter med delirium og kognitiv svikt

1.0 Hensikt
Identifisere pasienter med kognitiv svikt og sikre oppfølging, forebygging og behandling av akutt forvirring/delirium.

2.0 Omfang
Målgruppen er pleiepersonell og leger på fagområdene hjerte, lunge, geriatri og ortopedi.



TIDLIG IDENTIFISERING OG BEHANDLING AV PASIENTER MED DELIRIUM OG KOGNITIV SVIKT

Tidlig identifisere kognitiv svikt

- 4AT** Akuttinnlagte pasienter 2/75 år screens med 4AT innen 24 timer etter innleggelse, for å identifisere mulig kognitiv svikt og delirium.
- Innhent komparentopplysninger ved 4AT>0, for å avdekke om svikten skyldes en mulig tidligere kognitiv svekkelse, akutt endring eller begge deler.

Tilrettelegging ved kognitiv svikt

- Tilby og tilrettelegg for at pasienter kan være til stede, og påse at pasienten kan ha når viktig informasjon tilgjengelig.
- Planlegg utreise i god tid og påse at pårørende informeres på forhånd.
- Avdekket delirium kodes i pasientens demens, henvisning til utredning.

Forebygge delirium

- Ved positiv screening iverksettes forebyggende tiltak mot delirium:
- Orienter for person, tid, sted og din rolle. Påse at pasienten har hjelpemidler for syn og hørsel.
- Observer ernæring og væskebalanse, korrigér hypovolemi og elektrolyttforstyrrelser.
- Forebygg eliminasjonsproblemer, observer med tanke på urinretensjon.
- Tidlig mobilisering. Tilrettelegg for aktivitet ut fra tidligere funksjonsnivå.
- Fremme søvn, unngå unødige prosedyrer på natt. Begrens soving på dagtid.
- Vurder smerte og administrer smertestillende.
- Legemiddelgjennomgang, spesielt rettet mot uheldig medisinering for pasienter med risiko.

Behandle delirium

- Mistanke om delirium skal dette avkreftes:
- Identifiser delirium.
- Identifiser årsaker.
- Behandle årsaker.
- Ikke bruk beroligende midler med mindre det er nødvendig for sikkerhet eller komfort.
- Ikke bruk antidepressiva med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende depresjon.
- Ikke bruk antipsykotika med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende psykose.
- Ikke bruk antiepileptika med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende epilepsi.
- Ikke bruk antibiotika med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende infeksjon.
- Ikke bruk glukokortikoider med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende inflammatorisk tilstand.
- Ikke bruk diuretika med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende hjertesvikt.
- Ikke bruk antiemika med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende kvalme.
- Ikke bruk antidiabetika med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende diabetes.
- Ikke bruk antikoagulantia med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende blodpropp.
- Ikke bruk antitrombotika med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende blodpropp.
- Ikke bruk antitumorika med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende kreft.
- Ikke bruk immunosuppressiva med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende immunsvikt.
- Ikke bruk cytostatika med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende kreft.
- Ikke bruk biologiske preparater med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende sykdom.
- Ikke bruk andre legemidler med mindre det er nødvendig for å behandle en eksisterende sykdom.

4AT

Screening for delirium og kognitiv svikt

Pasientens navn: _____ (fakult)

Fødselsdato: _____

Pasientnummer: _____

Dato: _____

Testen er utført av: _____

Tidspunkt: _____

1) ÅRVAKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)
Pasienten virker tydelig å være i veile og eller er åpenbart søvnløs ved undersøkelsen eller motorisk urolig/hypersaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varmt berøring på skuldrene. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvaken, ikke urolig ved undersøkelse)
Let søvnløs < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal (tydelig unormalt)

0
1
2

2) LAMT4 (forkortet mental vurdering)
Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil
1 feil
2 feil eller flere/ikke testbar

0
1
2

3) OPPMERKSOMHET
Spør pasienten: "Kan du i tillegg rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynner, men ikke kan ikke testbar (er uvel)"

0
1
2

4) AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND
Hjelpemidler for å hjelpe pasienten med å huske informasjonen under punkt 4) (f.eks. pårørende-symptomer, hallusinasjoner) oppstiller i løpet av de siste 24 timene.

Nei
Ja

0
1
2

5) PÅRØRENDE INVOLVERING
Pårørende for å fremme pasientens sikkerhet og forebygge komplikasjoner av delirium som fall, underernæring, dehydrering, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose.

0
1
2

6) KONTAKT GERIATER VED VEDVARENDE DELIRIUM

0
1
2



Delirium og kognitiv svikt

E-læring