

Delirium - forebygging, diagnostikk og behandling av delirium hos voksne pasienter

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 21.09.2021

1. HENSIKT

Bidra til systematisk forebygging, diagnostikk og behandling av delirium hos voksne pasienter i alle avdelinger.

2. ANSVAR

Helsepersonell som arbeider med voksne pasienter.

3. FREMGANGSMÅTE

Delirium ("akutt forvirring") kjennetegnes av forstyrret bevissthet, i form av endret våkenhet eller agitasjon, samt oppmerksomhetssvikt og kognitive utfall som desorientering, desorganisert tankegang, hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Ofte varierer symptomene gjennom døgnet eller fra dag til dag. Forstyrrelsene og utfallene representerer en klar endring i forhold til pasientens vanlige tilstand.

Det er tre hovedtyper delirium:

- hyperaktivt delirium kjennetegnes av psykomotorisk uro; alt fra små plukkete og rastløse bevegelser som fikling med skjorteknapper og tvinning av ringesnor, til alvorlig uro og aggresjon med auto seponering av urinkateter, roping og utagerende atferd.
- hypoaktivt delirium karakteriseres av tilbaketrekning, passivitet og redusert våkenhet.
- blandet delirium med både hyper- og hypoaktive faser.

Delirium ved alkoholabstinens er omtalt i egen prosedyre [Alkohol pasientforløp](#)

I dette dokumentet beskrives områdene:

- Forebygging
- Diagnostikk
- Behandling: Ikke-medikamentelle tiltak, medikamentell behandling og pasienter som motsetter seg behandling
- Oppfølging etter delirium
- Informasjon til pasient og pårørende

Forebygging

For å kunne forebygge delirium, er det viktig å identifisere pasienter med høy risiko for tilstanden tidlig etter innleggelse. De viktigste risikofaktorene for delirium er:

- høy alder (20-30% av pasienter >70 år har delirium i løpet av innleggelsen)
- kjent kognitiv svikt
- tidligere delirium
- hoftebrudd (30-50% av pasienter med hoftebrudd utvikler delirium)
- infeksjoner
- andre akutte somatiske tilstander
- sansesvikt
- polyfarmasi ≥ 6 faste medikamenter

Forebygging av delirium:

Sykepleier	Lege	Administrasjon
<p>Kognitiv reorientering:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reorientering i forhold til tid, sted, person og hvilken rolle du har.• Kognitivt stimulerende aktiviteter.• Regelmessig besøk av familie og venner.• Kommuniser tydelig, forklar aktiviteter. Gjenta beskjeder.	<p>Generell homeostase:</p> <ul style="list-style-type: none">• Korrigjer elektrolyttforstyrrelser• Gi febernedssettende*• Korrigjer anemi*• Adekvat saturasjon	<p>Klokke og kalender synlig på alle pasientrom</p>
<p>Sikre adekvat ernæring og forebygg dehydrering. Unngå langvarig faste.</p>	<p>Kost- og drikkeliste. Unngå langvarig faste.</p>	<p>Unngå at skrøpelige pasienter ligger på korridor.</p>
<p>Søvnhygieniske råd: ro og hvile. Unngå at medisiner gis eller prosedyrer legges til natt om mulig.</p>	<p>Adekvat smertebehandling.</p>	<p>Unngå unødige flyttinger av pasienter.</p>
<p>Sikre eliminasjon; forhindre/tidlig avdekke obstipasjon og urinretensjon.</p>	<p>Kritisk gjennomgang av legemiddelliste.</p>	
<p>Tidlig mobilisering. Sørg for fri mobilitet ved å bruke infusjonsstativ på hjul, O2 kolbe og feste urinpose til legg.</p>	<p>Iverksette mobiliserende tiltak.</p>	
<p>Sikre sansene. Brillor og høreapparat tilgjengelig og i orden.</p>		

* korrigerings av anemi og febernedssettende må kun gjøres dersom dette er i tråd med god behandling av pasientens sykdommer. Eksempelvis ved pågående GI-blødning er en restriktiv transfusjonspraksis assosiert med bedre prognose.

Diagnostikk

Pasienter > 75 år som transporteres av ambulansetjenesten til akuttsenteret skal screenes for delirium med 4AT under transporten til sykehuset. Skåren på 4AT dokumenteres i ambulansjournalen og overføres av sekretær i akuttsenteret til MetaVision.

Pasienter >75 år som har minst en av risikofaktorene på listen under forebygging i tillegg til alder og som ikke har utført screening prehospitalt, skal screenes for delirium i akutt mottaket.

På sengepost skal pasienter med avvikende skåre på CNS på MEWS/NEWS undersøkes målrettet med tanke på delirium. Det er viktig å tenke på at symptomer på delirium og

delirium kan være første tegn på forverring av pasientens tilstand og/eller nyoppstått komplikasjon.

Bruk strukturerte kartleggingsverktøy for diagnostisering hos pasienter med høy risiko eller der delirium mistenkes. Anbefalt verktøy er [4AT](#), for vurdering av våkenhet anbefales [RASS](#) (Richmond Agitation-Sedation Scale).

Viktig å innhente komparentopplysninger (fra pårørende, primærhelsetjenesten osv) for å skille akutte symptomer fra kroniske tilstander som demens eller mild kognitiv svikt. Pårørendeskjema som for eksempel [IQCODE](#) er et nyttig verktøy. Fordi symptomene ofte svinger, bør kartleggingsverktøy brukes flere ganger pr. døgn.

Behandling

Delirium er ofte utløst av en eller flere akutte somatiske tilstander og bred somatisk utredning er indisert for å påvise utløsende årsak (-er). I teorien kan enhver akutt sykdom eller hendelse som setter kroppens likevekt ut av balanse utløse et delirium. Hos pasienter med få/ingen risikofaktorer for delirium må en alvorlig akutt sykdom, skade eller påvirkning til. Pasienten med én eller flere risikoer kan derimot utvikle delirium ved mildere tilstander som lokale infeksjoner, dehydrering eller ved oppstart av et nytt medikament.

Behandling av utløsende årsaker er det aller viktigste tiltaket for å forebygge og behandle delirium. Parallelt med behandling av utløsende årsak til deliret er det indisert med symptomdempende tiltak som kan inndeles i:

- ikke-medikamentelle tiltak, som er førstehåndsbehandling
- medikamentell behandling, som kan være indisert når førstehåndsbehandling ikke har effekt eller ved langvarig delirium

1. Ikke-medikamentelle symptomdempende tiltak

Kontinuitet blant helsepersonell som ivaretar pasienten bør tilstrebes. Unødvendig flytting av pasienter med delirium eller høy risiko for delirium, bør unngås. Det er viktig i slike tilfeller å skape en rolig situasjon rundt pasienten. Non-verbale og verbale teknikker for å roe ned situasjonen må forsøkes. Ofte er det til stor hjelp dersom pårørende kan være til stede for å gi pasienten trygghet, ev. må behovet for fastvakt vurderes.

Ved manglende bedring eller ved vanskelig diagnostisk vurdering, bør pasienten vurderes av geriater.

Bruk veiledende behandlingsplan i DIPS for kartlegging av risikofaktorer og utforming av individuell tiltaksplan. [Regional VBP - Forvirring - akutt \(ARKIVERT\)](#)

2. Medikamentell symptomdempende behandling

Farmakologisk symptomlindrende behandling er indisert ved alvorlig psykomotorisk uro der pasienten er i fare for seg selv eller andre, samt for å muliggjøre en forsvarlig undersøkelse og behandling av den utløsende årsaken til pasientens delirium. Hos pasienter som fremstår hallusinerte eller lider av vrangforestillinger bør også farmakologiske tiltak vurderes for å lindre pasientens plager. Det vitenskapelige grunnlaget som understøtter råd vedrørende symptomlindrende medikamentell behandling er svært sparsom, og det er store individuelle forskjeller når det gjelder behandlingseffekt og bivirkninger. Behandlingen kan også gi paradoksale effekter (forverre uro og agitasjon), og skal kun gis under kontinuerlig evaluering av effekt og bivirkninger.

Medikamentell behandling av alkoholutløst delirium og delirium-profylakse ved [alkoholabstinens](#).

Tabell 2: Medikamentell symptomdempende behandling

Indikasjoner	Medikamentelle tiltak
--------------	-----------------------

<p>Akutt behandling av delirium når ikke-farmakologisk behandling er mislykket</p>	<p>Haloperidol (Haldol) per os er førstevalg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Startdose 0,5 mg p.o. Gjentatte doser kan være nødvendig hvert 30.min inntil ro oppnås. • Alternativ i akutte situasjoner: Injeksjon 1-2 mg i.m • I.v. injeksjon skal kun gis under kontinuerlig observasjon og overvåking av blodtrykk og puls på grunn av risiko for kardiovaskulære bivirkninger. • Stabil tilstand: Haloperidol gis med 12 timers intervall og nedtrapping kan som regel begynne innen tre døgn. • Mulige bivirkninger er malignt nevroleptisk syndrom og extrapyramidale fenomener, hypotensjon, lang QT syndrom og krampe • Kontraindikasjon: pasienter med Parkinson eller Lewy-legememens <p>Olanzapin (Zyprexa) 5 mg i.m./p.o. (finnes også som smeltetablett) er et alternativ hos pasienter med kontraindikasjon for eller manglende effekt av Haloperidol</p> <p>Kvetiapin (Seroquel) 50 (25) mg x 1 p.o. til kvelden, også alternativ til Haloperidol.</p>
<p>Søvnproblemer som bidrar til å vedlikeholde delirium</p>	<p>Klometiazol (Heminevrin):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 300-600 mg p.o. til kvelden. <p>Bør ikke gis til hemodynamisk labile pasienter eller pasienter med luftveisproblematikk grunnet fare for blodtrykksfall og økt sekresjon fra luftveier.</p>
<p>Palliasjon Hyperaktivt delirium i livets siste fase. Ved behov anbefales det å konferere med Palliativ team eller spesialist i palliativ medisin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegg og behandle utløsende årsaker som smerte eller panikkangst. • Haloperidol-dose kan økes ved ønske om sedering. • Alternativt Midazolam: gis kontinuerlig med 2-4 mg s.c pr døgn som startdose. Av praktiske grunner anbefales en egen s.c pumpe for Midazolam i opptitreringsfasen
<p>Intensivpasienter Målet er å få pasienten rolig, men vekkbare. CAM-ICU og RASS er nyttige verktøy for å diagnostisere delirium og for å monitorere effekten av behandling.</p>	<p>Haloperidol (Haldol):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hos intensivpasienter under overvåking kan Haloperidol gis i.v. Ved i.v. injeksjon forventes effekt etter cirka 10 minutter. • Dosen titreres opp med 1 - 2,5 mg i.v. hvert 20. minutt under observasjon av effekt og bivirkninger. Det er sjelden behov for total dose over 10 - 20 mg/døgn. Målet er å få pasienten rolig, men vekkbare. Deretter vedlikeholdsdosen fordelt utover døgnet, helst i peroral form. • Kontinuerlig tilførsel via sprøytepumpe kan være et alternativ ved behov for høye doser Haloperidol. • Mulige bivirkninger er malignt nevroleptisk syndrom og extrapyramidale fenomener, hypotensjon, lang QT syndrom, krampe

	<p>Klonidin (Catapressan): Clonidin har sedative egenskaper og kan brukes ved truende delirium eller behandlingsresistent delirium.</p> <ul style="list-style-type: none">• Eksempel på dosering: 60 mikrogram/ml 0,5 - 1,5 ml/time i.v.
	<p>Dexmedetomidin (Dexdor): Kan brukes som alternativ til Haloperidol</p> <ul style="list-style-type: none">• Eksempel på dosering: 8 mikrogram/ml 0,5 - 1,4 mikrogram/kg/time i.v.
	<p>Propofol: førstevalg ved behov for akutt sedering av urolig pasient, som er så urolig at den er til fare for seg selv eller personalet.</p>
	<p>Olanzapin (Zyprexa): ved manglende effekt av overnevnte medikamenter og dersom det ikke er behov for akutt innsettende effekt 10 mg p.o. Dosen bør vurderes redusert ved lever/nyresvikt.</p>

Pasienter som motsetter seg behandling

Noen pasienter med delirium motsetter seg behandling, og pasienten kan være ute av stand til å gi informert samtykke til behandling. Medikamentell behandling uten pasientens samtykke skal kun benyttes dersom pasienten kan være til skade for seg selv eller andre, og når ikke-medikamentelle tiltak er forsøkt. Slik behandling skal alltid dokumenteres i journal, og med henvisning til:

- kortvarig behandling, [Helsepersonelloven § 7](#)
- ved langvarig behandling skal det sendes vedtak for godkjenning i Fylkesmannens helseavdeling i henhold til [Pasientrettighetslovens § 4a](#)

Oppfølging etter delirium

Hos pasienten uten kjent kognitiv svikt før delirium, anbefales utredning med tanke på kognitiv svikt i etterkant av sykehusoppholdet. Slik utredning skal primært skje hos fastlege.

I noen tilfeller er delirium langvarig og pasienten meldes utreiseklar med delirium. Det er viktig med korrekte og detaljerte helseopplysninger slik at kommunen kan fatte vedtak om riktig omsorgsnivå. Se [DIPS - PLO - Utskrivningsrapport](#)

Informasjon til pasient og pårørende

Delirium kan oppleves som svært dramatisk og skremmende både for pasienten og for pårørende. Sykehuset har utarbeidet en brosjyre med informasjon som bør være tilgjengelig på alle sengeposter for utlevering til alle som har vært berørt av delirium. [Akutt delirium. Brosjyre.](#)

4. GENERELT

5. INTERNE REFERANSER

1.6.2.12.4.1	4AT
1.6.2.13.4	Flytskjema for beslutningsprosesser ved uenighet om begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende
1.6.3.1.18.1.10	DIPS - PLO - Utskrivningsrapport
1.6.4.5.2.1	Alkohol pasientforløp
1.6.4.5.2.6	Alkoholabstinenser. Kartlegging. (Clinical Institute Withdrawal Assessment, CIWA Ar)
1.6.4.5.2.7	Alkoholabstinenser. Skjema for kartlegging. (CIWA-Ar)
1.6.4.5.2.8	Alkoholabstinenser. Behandling.
1.7.1.2.1.1.4	Akutt delirium. Brosjyre

[2.1.5.1.1.4.2.5](#) [Bevissthetsnivå - RASS \(Richmond Agitation - Sedation Scale\)](#)

[2.1.5.1.1.4.2.55](#) [Sedasjon av intensivpasienter, herunder smertelindring og forebygging og behandling av delir](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling>

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-geriatrisk-forening/>

7. VEDLEGG